FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Carlos Augusto Botto

RIO DE JANEIRO
Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Ouvidor 31
1884

5360

THESE

DISSERTAÇÃO

2.ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

DAS CONDIÇÕES PATHOGENICAS, DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DAS CHORÉAS

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

CARACTERES CHIMICO-MICROSCOPICOS DO SANGUE

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

CIRCULAÇÃO CEREBRAL

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

CHYLURIA

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Setembro de 1884

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

Em 18 de Dezembro do mesmo anno

(sendo approvada com distincção)

POR

Carlos Augusto Botto

Doutor em Medicina pela mesma Faculdade

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

TYP. DE G. LEUZINGER & FILHOS, RUA D'OUVIDOR 31

1884

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.

SECRETARIO

Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologia.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas *(Examinador)*	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Cons. Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Cons. J. V. Torres Homem *(Presidente)* Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Cons. Vicente C. Figueira de Saboia João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo *(Examinador)*	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João C. Teixeira Brandão *(Examinador)*	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs.:

Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

Drs.:

....	Chimica medica e mineralogia.
José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologia.
....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Pharmacologia e arte de formular
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas syphiliticas
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica
....	Clinica psychiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A meu pai

A minha mãi

A meu irmão

Tributo de amizade e gratidão.

AOS MEUS PARENTES

Estima e consideração.

A minha madrinha e tia

A Ex.^MA Sra. D. CHRISTINA MARIA CUPERTINO DURÃO

E

Ao meu padrinho e tio

O SR. AUGUSTO CORRÊA DURÃO

Amizade.

Ao Ex.^mo Sr. Commendador

JOÃO DE SOUZA MOREIRA

E Á SUA EX.^MA FAMILIA.

Reconhecimento

Aos meus illustrados mestres

Conselheiro VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

Conselheiro JOÃO VICENTE TORRES HOMEM

Dr. MARTINS COSTA

Dr. JOÃO SILVA

Dr. CYPRIANO DE PREITAS

Dr. BENICIO DE ABREU

Dr. PIZARRO GABISO

Respeito, consideração e estima.

Ao meu mestre e amigo

Dr. JOÃO CARLOS TEIXEIRA BRANDÃO

DISTINCTO LENTE DE CLINICA PSYCHIATRICA

Homenagem ao seu nobre caracter e erudição.

Aos meus companheiros de estudos e amigos sinceros

Antonio de Souza Freitas

Augusto Clementino da Silva

Antonio Martins de Azevedo Pimentel

Eduardo Monteiro de Carvalho

João Antonio de Avellar Junior

Ramiro Firmino Santiago

Profunda affeição

Aos meus sympathicos collegas

MATHIAS DE VILHENA VALLADÃO

FREDERICO SAÜERBRONN DE SOUZA

HENRIQUE DE OLIVEIRA DINIZ

ERNESTO RODRIGUES DA COSTA VIDIGAL

HENRIQUE PAMPLONA DE MENEZES

VICTOR FERREIRA DO AMARAL SILVA

Amizade.

Ao meu sympathico amigo

SR. ALBINO JOAQUIM LOPES

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao particular amigo e collega

DR. IGNACIO ALVARES DA SILVA CAMPOS

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao meu dedicado e prestimoso amigo

SR. ANTONIO FRANCISCO DE ASSIS CARNEIRO

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Aos meus velhos amigos Srs.

JOSÉ DE CASTRO GUIMARÃES

FRANCISCO DE ALMEIDA SALGUEIRO

Ao Ill.^{mo} Sr.

JOSÉ VIEIRA DO COUTO

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sñr.

CORONEL CARLOS FREDERICO DE LIMA

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sñr.

BARÃO DE ARAUJO FERRAZ

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao meu bom amigo o Sñr.

MAJOR FRANCISCO JOSÉ DINIZ (Minas)

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Gratidão

Ao Ill.^{mo} Sñr.

COMMENDADOR ANGELO ELOY DA CAMARA

e

Á SUA EX.^{MA} FAMILIA

Ao Ill.mo Sñr.

DR. ANTONIO MARCOLINO FRAGOSO

e

Á SUA EX.MA FAMILIA

Muita consideração e respeito

Aos distinctos clinicos

DR. FRANCISCO DE CASTRO

DR. ERNESTO DE BARROS (S. Paulo)

As Ex.mas Sñr.as

D. MARIA JOSÉ REBELLO (S. Paulo)

e

D. MARIA GERTRUDES DE ANDRADE MOURA (S. Paulo)

Estima.

Ao Ill.mo Sñr.

DR. ANTONIO AUGUSTO VIEIRA

e

Á SUA DEDICADA ESPOSA

Ao meu professor de latim

DR. LUCINDO PEREIRA DOS PASSOS

e

Á SUA EX.MA FAMILIA

Aos meus talentosos amigos

RAUL D'AVILA POMPEIA

e

ANTONIO FERNANDES FIGUEIRA

Recordações.

Aos meus collegas

Drs.

FRANCISCO JOSÉ DA SILVA PESSANHA

DUARTE PERES DO REGO MONTEIRO

RODRIGO NAZARETH DE SOUZA REIS

JOSE LEITE DE ABREU

ARTHUR PACHECO

ANTONIO GOMES AGUIRRE

HENRIQUE TAVARES LAGDEN

SERVULO DE SIQUEIRA LIMA

JOAO PEDRO FIGUEIRA DE SABOIA

MARIANO PEREIRA NUNES

FRANCISCO ANTONIO DA SILVEIRA

ANTONIO RIBEIRO GOMES SOBRINHO

BICHAT

ARTHUR GOMES RIBEIRO DE AVELLAR

GALDINO CARDOSO DE ABRANCHES

OLINTHO MAXIMO DE MAGALHÃES

Saudades.

AOS MEUS COLLEGAS DE ANNO

AOS AMIGOS DE MEU PAE

Aos doutorandos de 1885

A' illustrada redacção da Gazeta da Tarde

Off.ª

o author

30 - 1 - 1885

PREFACIO

Escolhemos para assumpto de nossa these as choréas.

O estudo do systema mais nobre do organismo, que é ao mesmo tempo o orgão das faculdades affectivas e intellectuaes, o conductor da volição e da motilidade, o regulador de todas as funcções e séde das sensações — apresenta difficuldades insuperaveis a aquelles que pela primeira vez tentão devassar os arcanos da neuro-pathologia. Sabiamos que não nos faltarião obstaculos em cada uma das questões que tentassemos, não resolver, mas discutir com os recursos ao nosso alcance; recursos insufficientes, adquiridos apenas em dois annos de clinica.

Sabiamos que o enigma das nevroses nos tolheria o passo á cada instante, que a divergencia em pathologia nervosa é a regra e a harmonia de opiniões a excepção. Mas as bellezas do systema nervoso nos seduzirão, nos illudirão, porque só conseguimos admiral-as.

Tivemos occasião, em fins do anno passado, de acompanhar na clinica do nosso mestre e amigo o illustrado Dr. Martins Costa, um caso curioso de hemi-choréa symptomatica que terminou fatalmente; a autopsia que praticámos nos proporcionou ensejo de verificar a localisação assignalada por Charcot e seus discipulos.

Durante o corrente anno observámos quer no hospital de Misericordia, quer no do Carmo, diversos doentes que apresentavão

movimentos choreiformes, e na Policlinica dois interessantes casos de choréa da infancia.

Taes forão as razões que nos resolverão á escolha de um ponto tão vasto quanto controverso.

Os medicos antigos tomando a palavra choréa como synonyma de tremor, convulsão ou incoordenação motora applicarão-na á diversas molestias completamente differentes umas das outras. Hoje o quadro nosologico das choréas é muito mais limitado; os estados choreiformes denominados choréas saltatoria, rotatoria, etc., forão completamente excluidos e d'elles não nos occupamos. Só comprehendemos em nossa dissertação as affecções que merecem realmente a denominação de choréas e que se assemelhão senão na etiologia, pelo menos na symptomatologia.

Aos illustrados Drs. Martins Costa, Teixeira Brandão e Moncorvo, agradecemos os proveitosos conselhos e o valioso auxilio que nos dispensárão.

O AUCTOR.

DISSERTAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DAS CHORÉAS

Numeroso e complexo era o grupo das choréas admittido pelos pathologistas do começo deste seculo ; quasi todas as affecções em cuja symptomatologia predominavão as desordens da motilidade forão incluidas no mesmo quadro. Como se a palavra choréa quizesse dizer tremor, incoordenação ou vesania, foi ella applicada a molestias differentes umas das outras, e que só tinhão de commum a existencia de movimentos involuntarios, continuos ou não ; a choréa era o que hoje é a hysteria em neuro-pathologia, um protêo, uma molestia susceptivel de tomar diversas fórmas e de tudo explicar.

Reunindo as affecções que têm sido denominadas choréas podemos dispôl-as em 3 grupos.

O 1.º grupo comprehende : 1.ª a verdadeira choréa, a *choréa vulgar* ou *gesticulatoria* com as suas variedades dependentes da causa, marcha ou extensão da nevrose. Taes são as variedades designadas pelos nomes de choréa rheumato-cardiaca, gravidica, dos velhos, etc., se é ao rheumatinmo, á gestação, etc., que devemos filial-as. Quando a choréa limita-se a uma parte do corpo, a um só lado, diz-se que é parcial ou que ha hemi-choréa. Se a invasão é rapida a choréa é aguda, no caso contrario será chronica. 2.ª A *athetose*, que é uma choréa parcial com caracteres especiaes. 3.ª A *choréa electrica* de Bergeron. 4.ª A *choréa rythmica* hysterica.

O 2.º grupo é representado pelos estados choreiformes dependentes de lesões encephalicas. Estas perturbações da motilidade são inteiramente semelhantes á hemi-choréa vulgar, razão por que cabe-lhes a denominação de *hemi-choréas symptomaticas*. A *hemi-athetose*, as *hemi-choréas post* e *præ-hemiplegicas* serão descriptas conjunctamente.

No 3.º grupo incluimos as affecções que forão erroneamente consideradas como choréas, das quaes, entretanto, distinguem-se completamente: são as pseudo choréas, isto é, os estados morbidos designados pelos nomes de *choréa major*, *choréa saltatoria*, *choréa vibratoria*, *choréa procursiva*; estados estes que constituem o que Rhomberg denomina *caimbras staticas*, e Jaccoud — *impulsões locomotoras systematisadas*, *spasmos-rythmicos*. N'este mesmo grupo collocamos a *choréa electrica* de Dubini, que na opinião dos medicos italianos é devida a uma lesão medullar.

Só trataremos da choréa de Dubini porque hoje ninguem mais considera como choréas as impulsões locomotoras systematisadas de Jaccoud.

CLASSIFICAÇÃO DAS CHORÉAS

1.º *Grupo*...	Choréa vulgar...	Rheumatica. Rheumato-cardiaca. Ideopathica Gravidica. Dos velhos.
	—	
	Athetose.	
	Choréa electrica (Bergeron).	
	» rythmica hysterica.	
2.º *Grupo*...	Hemichoréas symptomaticas..	Post hemiplegica. Præ » Hemi-athetose. Dos tumores e da atrophia cerebral.
3.º *Grupo*...	Falsas choréas...	Choréa major. » rotatoria. » vibratoria » procursiva » saltatoria.
		Choréa electrica (Dubini).

Da choréa vulgar ou gesticulatoria

HISTORICO

A palavra *choréa* foi por Bouteille introduzida na linguagem medica para designar o conjuncto morbido que vamos estudar, isto é, a *dança de S. Guido.* Hoje esses dois termos são considerados verdadeiros synonymos, ainda que uma voz eloquente, a de Trousseau, se tivesse levantado contra a identificação das duas expressões que na sua opinião não possuião a mesma extensão.

Trousseau pretendia que a dansa de S. Guido representasse apenas uma especie de um genero de affecções, o qual comprehendia ainda muitas outras, e era para esse genero que reservava a palavra choréa; mas fazendo uma questão de palavras, de nomenclatura, alterou a nosologia da choréa e chegou a considerar como tal diversas choreomanias, affecções muito differentes, certas desordens da motilidade que nenhuma analogia tem com a choréa e que pertencem ao grupo das impulsões locomotoras systematisadas e dos spasmos rhythmicos ou coordenados (Rhomberg); assim, admittia uma choréa saltatoria, outra rotatoria ou a vibratoria, a choréa dos escriptores, a choréa diaphragmatica, a choréa nevralgica, etc.

Historico. — Os documentos mais antigos sobre a dança de S. Guido não passão de chronicas supersticiosas que pouco conceito merecem. Dizem ellas que no seculo XI um grupo de individuos foi acommettido de mania dançante em consequencia da maldição sobre elles lançada por um padre, perecendo todos um anno mais tarde. No XIII seculo mais de 100 crianças levadas pelo mesmo furor, que as obrigava a contorsões e movimentos convulsivos, percorrerão o caminho de Erfurt a Arnstadt. Mais tarde, no seculo XIV surgiu a grande epidemia de choreomania da idade média. Foi a época em que a sciencia se viu invadida pelos mais grosseiros erros; reinavão então as praticas supersticiosas, o fanatismo, a libertinagem a mais desenfreada; a peste negra percorria a Europa aterrorisando os povos e flagellando as populações; os numerosos trans-

bordamentos de rios espalhavão a miseria por toda a parte; as condições politicas e sociaes erão deploraveis. Não havia segurança individual; dominava ao contrario a vontade despotica dos mais fortes, e a violencia brutal não encontrava paradeiro. Taes forão as causas que, segundo alguns escriptores, entre os quaes Hecker, originárão as choreomanias epidemicas de que fallão os auctores.

A primeira epidemia appareceu em 1374 na Allemanha, nas margens do Rheno; hordas de individuos, cuja procedencia não se conhecia, mostravão-se em diversos lugares e offerecião os mais estranhos espectaculos: homens e mulheres reunidos por um delirio commum, de mãos dadas formando circulos, entregavão-se a contorsões desordenadas, dançavão durante muitas horas, como verdadeiros bacchantes dominados por apparições phantasticas. Depois vinha o cançaço e elles cahião sobre o sólo, uns completamente abatidos, outros pedindo em altos brados que lhes comprimissem energicamente o ventre. Este estado era acompanhado de tympanite, extase e hallucinações attribuidas á espiritos malevolos e tratado pelos exorcismos. Novos bandos que se formavão pela influencia do contacto, da simulação e do deboche forão vistos em Aix-La-Chapelle. Um mez depois a epidemia passou á Cologne, onde o numero dos dançantes elevou-se a 500, e a Metz excedendo a 1,000. Os lavradores abandonavão os campos, os artistas suas occupações e as mães de familia o lar domestico para seguirem esta horda de freneticos que transformavão os lugares por onde passavão em theatro de scenas funestas. As paixões sensuaes encontrarão occasião propicia para sua explosão, centenas de donzellas abandonarão o domicilio paterno, ao qual voltavão depois trazendo os fructos da libertinagem.

Em 1380 terminou a epidemia para reapparecer 35 annos depois (1415) em Strasburgo com o nome de Tansplage, invadindo depois a Baviera e a Bohemia. Em dois pontos differia esta epidemia da 1.ª: era menos intensa e parecia diminuir sob a influencia de certas praticas religiosas. O santo que mais milagres operou, S. Guido, attrahiu ás capellas de Zabern, Rottesten e de Ulm na Suabia numerosos doentes que ahi assistião á missa e a outras

praticas religiosas, percorrião em seguida as circumvisinhanças do altar, onde por fim depunhão uma offerta. Muitos curarão-se e o poder milagroso do santo foi considerado o unico meio capaz de attenuar os effeitos de uma affecção, contra a qual nada podia a sabedoria humana. D'ahi provém a denominação de dança de S. Guido dada ás dançomanias do XV seculo.

Durante dous seculos a narração d'estas epidemias foi feita por historiadores pouco escropulosos, ou demasiadamente credulos; os medicos guardarão silencio. Othon Brunfels e Paracelso são os primeiros que d'ellas tratão, Brunfels assimilando-as ao corybantismo e Paracelso tentando arrancar a molestia ao dominio dos santos e do maravilhoso, e mostrando suas causas, de accôrdo com conhecimentos que possuia sobre o corpo humano. Elle distinguio tres especies de dança de S. Guido: a 1.ª (vitista, choréa imaginativa, æstimativa) devida unicamente á influencia da imaginação; a 2.ª ligada a desejos sexuaes (choréa lasciva); a 3.ª finalmente dependente de causas que chamava corporeas e cuja acção resumia assim: « o sangue excitado pelos espiritos vitaes alterado borbulha no interior das veias determinando como que cocegas internas que provocão o riso; tal a razão porque os doentes sentem-se invadidos por um jubilo inebriante e uma attracção irresistivel para a dança. » Semelhante opinião foi sem duvida suggerida pela observação de alguns casos benignos de dança de S. Guido em que se notava o riso involuntario e que se poderião comparar aos ticos convulsivos, se estes fossem acompanhados de tendencia para a dança e sensação agradavel. Nos ultimos doentes já não se observava gritos e saltos descommunaes, a vontade podia diminuir e mesmo parar os accessos; em summa tratava-se de uma molestia que differia em alguns pontos da choreomania primitiva e se approximava da moderna dança de S. Guido.

Mais precisos são os dados fornecidos por Schenck de Graffenberg, celebre medico que viveu no XVI seculo, mas cuja linguagem ressente-se ainda da viva impressão que o flagello tinha deixado no espirito popular; descrevendo-o elle diz: « rara et horrenda insania species qua corrupti miro saltandi furore agitandur, unde sancti Viti nomen invenit. »

O quadro descripto por Schenck não era novo, era quasi uma copia dos escriptos dos chronistas anteriores. No seu tempo esta mania dançante tornara-se rara e entretanto elle refere factos passados em época ainda proxima: « parece incrivel que mulheres nos ultimos tempos da prenhez se entregassem aos furores de uma dança infernal sem damno algum para o filho apenas protegido por uma cinta ao redor do ventre; taes factos não merecerião credito se não fossem confirmados por exemplos mais recentes. »

O mesmo medico falla da influencia que a musica e as côres vivas tinhão sobre a intensidade dos accessos; dá tambem detalhes a respeito das peregrinações feitas á duas capellas no Brisgau consagradas a S. Guido.

Philippe Camerarius, contemporaneo de Schenck, depois de narrar a molestia de conformidade com a tradição, diz que no seu tempo ainda existia perto de Ravensburg em uma montanha, chamada morro de S. Guido, um castello e uma capella outr'ora muito frequentada pelos peregrinos.

Felix Plater (1602) denomina a molestia-saltus Viti, affecção rara, incrivel, prodigiosa em que os individuos dominados por furor insensato saltão e dansão sem cessar. Conta ter visto em Bale uma mulher que dançou quasi sem interrupção durante um mez apezar de estar com os pés muito magoados; quando era obrigada a assentar-se ou quando dormia os membros erão ainda agitados, como se ella ainda dançasse. Esta ultima circumstancia talvez possa explicar porque a choreo-mania de que tratamos foi mais tarde confundida com a nossa choréa.

Horstius ou Horst, o Esculapio da Allemanha, apenas falla sobre a dansa de S. Guido em uma carta dirigida a Eckoldt que o tinha consultado á respeito de uma affecção nervosa convulsiva por elle chamada — saltus sancti Viti. N'esta carta diz ter conversado com algumas mulheres que ião todos os annos á capella de Ulm, onde, mergulhadas em profundo extase, entregavão-se á mais desordenada dança até o completo esgotamento das forças; passada a crise julgavão-se curadas e voltavão ao seu paiz. Uma d'estas mulheres já tinha feito 32 peregrinações e outra 20.

As consequencias que podemos tirar da narração de Horst são as seguintes: que no XVII seculo a dança ou choréa de S. Guido era rara sem ter comtudo desapparecido totalmente; que referindo-se ás romarias feitas aos templos de S. Guido os auctores só indicavão as danso-manias; que finalmente Horst, Schenck, Camerarius e Plater denominavão dança de S. Guido á choreo-manias muito differentes da affecção hoje conhecida pelo nome de dança de S. Guido ou choréa.

Sennert, tambem contemporaneo de Horst, descreve a dança de S. Guido como molestia rara, não convulsiva, analoga ao tarentismo observado na Italia. Depois de Sennert foi Willis (1619) quem insistiu na descripção de Horstius, na analogia do tarentismo com a dansa de S. Guido; além d'isto, convém notar, elle cita duas observações da nossa choréa vulgar sem entretanto assemelhal-a á outra qualquer molestia. No fim do XVII seculo Wedel, professor em Iena, continua a propalar a opinião dos seus antecessores e a considerar como dança de S. Guido a choreo-mania da idade média.

No XVIII seculo principiou para a historia da choréa uma phase mais luminosa graças á escola ingleza, e foi Sydenham quem desfez o cahos que a envolvia. Segundo uns o Hyppocrates inglez tendo observado cinco casos da nossa choréa vulgar, descreveu seus principaes symptomas com precisão, mostrou em que ella differia dos diversos estados choreiformes, com os quaes tinha sido confundida e concluio que era a dança de S. Guido. Segundo outros, Sydenham, o grande observador da natureza, que aconselhava a leitura de D. Quixote a quem lhe perguntava quaes as obras mais proveitosas sob o ponto de vista da instrucção medica, era pobre de erudição e commetteu um erro grosseiro — deu á uma molestia que não tinha nome o de outra em nada parecida com a primeira.

É porém incontestavel que desde então a confusão foi cessando e o quadro da molestia que vamos estudar foi limitado e regularisado.

Sob o impulso de Sydenham o estudo da choréa foi con-

tinuado na Inglaterra e as ideias do mestre respeitadas e ampliadas.

Cullen e Heberden citão quasi textualmente a definição de Sydenham. Mead porém descrevendo a não póde evitar dous escolhos — a confusão com certos accidentes nevropathicos ligados á dysmenorrhéa e a filiação da choréa á intervenção de espiritos maleovolos.

Na Allemanha a historia da dança de S. Guido no fim do XVIII seculo ainda se achava eivada de muitos erros. A epidemia de ergotismo que manifestou-se em 1770 veio dar lugar a mais um equivoco; os medicos que a não tinhão observado, levados sómente pelas descripções de Röde, Hermann e Traube virão n'ella um fac-simile das epidemias da idade média. Tal foi o erro de Brendel que, olvidando a causa da nova molestia, foi d'essa opinião. Wichmann tentou corrigir a inexatidão; conhecedor das ideias professadas na Inglaterra tinha noções precisas sobre a choréa de Sydenham, e observára mesmo alguns casos em Londres e outros em seu paiz. Repelliu pois energicamente a opinião falsa de Brendel e mostrou, fundado em observações pessoaes, as differenças entre as duas molestias.

Em França pouco interesse se ligou ao estudo da choréa. Lieutand negou até a sua existencia. Foi necessario que um ancião, Bouteille, na idade de 80 annos, viesse dispertar a curiosidade dos medicos do XIX seculo e a concentrasse sobre tão curiosa affecção.

Effectivamente só em principios do seculo actual começou a choréa a ser estudada com interesse pelos francezes e inglezes principalmente, pois que a elles devemos as noções mais positivas e interessantes sobre o pathogenia e anatomia pathologica. Bouteille na sua obra publicada em 1810 dá uma historia completa da molestia e admitte a existencia de tres especies: 1.ª choréa protopathica, que tem uma invasão brusca; 2.ª a choréa deutero-pathica, affecção intercurrente; 3.ª choréa pseudo-pathica, comprehendendo as molestias que simulão a choréa. Na descripção de cada uma d'estas especies Bouteille patenteia bem seu espirito eminentemente

pratico e um talento admiravel de observação, o que torna sua obra preciosa e superior a todas as outras anteriormente publicadas.

Até 1850 nada de novo apparece em França sobre a choréa. N'esse anno porém surgem disputando a primasia dous trabalhos notaveis: a monographia de Roth sobre musculação irresistivel, collecção de dados curiosos e verdadeiro primor de erudição; e a memoria apresentada por Germain Sée á Academia de Pariz, sustentando com ardor e eloquencia as relações estreitas entre a choréa e o rheumatismo.

A interessante monographia de Roth, fructo de acurado estudo e de uma vasta illustração foi mal recebida pela Academia de Medicina (o auctor era allemão) e não tardou a ser esquecida. A obra de G. Sée foi coroada e é hoje justamente considerada a melhor these escripta sobre choréa.

A nova vereda se achava aberta, os auctores não tardarão a seguir as pisadas de Sée. Trousseau não nega a influencia da diathese rheumatica na producção da dança de S. Guido, mas faz a palavra choréa synonyma de tremor!

Por sua vez Roger abraça as conclusões de G. Sée e vai mais longe affirmando a filiação ou quasi identidade das duas molestias. Finalmente n'estes ultimos annos Charcot estudando a anatomia pathologica da hemi-choréa, localisando-a na porção posterior da camada optica e em parte da capsula interna, abre vasto campo ás hypotheses sobre a séde da choréa. Na Inglaterra a coincidencia da nevrose com o rheumatismo e as affecções cardiacas suggeriu a ideia de procurar a pathogenia nas lesões do coração. Uns, como Bright e Cyon, sustentarão a hypothese de uma acção reflexa; outros, como Jackson, Broad Bent, Handfield-Jones, Tuckwell attribuirão-na a pequenas embolias cerebraes provenientes do endocardo.

DEFINIÇÃO

O que é a choréa? Molestia desconhecida em sua essencia ella só póde ser definida pelos principaes caracteres sympto-

maticos e estes estão perfeitamente verificados; parece pois que seria facil descobrir o laço que os une e abrangel-os em uma definição.

Effectivamente os auctores têm pretendido realisar tal desideratum, mas das definições apresentadas umas são insufficientes ou vagas e elasticas, applicaveis a differentes estados morbidos, outras limitão-se a descripções resumidas e incompletas do quadro symptomatico. Tal é a razão porque alguns cingem-se á transcripção das considerações geraes que G. Seé faz sobre a choréa. O professor Seé diz:

« Nos climas temperados e frios observa-se principalmente nos infantes e mais particularmente no sexo feminino, uma molestia singular que tem sido confundida com a loucura, o extase, as convulsões, os ticos nervosos, os tremores senis ou metallicos, a paralysia propriamente dita, a paralysia agitante. Trata-se de um estado morbido que é menos que a alienação mental, mais que uma simples perturbação muscular, e que, como a hysteria affecta a sensibilidade moral e a innervação dos orgãos locomotores. D'entre os phenomenos que ella determina os mais notaveis referem-se ás modificações mais ou menos profundas que se manifestão no caracter e habito do doente; os mais constantes, os mais essenciaes são constituidos por movimentos irregulares, desordenados, quasi sempre continuos e exacerbantes, os quaes sem impedir de uma maneira absoluta a acção da vontade sobre os musculos affectados, tirão toda a synergia ás contracções, toda a precisão aos seus effeitos, como se os musculos fossem privados d'esta força que desde Barthez é denominada força de situação, força statica. Este conjuncto de symptomas forma a affecção conhecida pelo nome de choréa, affecção sub-aguda ou chronica, sujeita a reincidencias, de cura difficil e que adquire algumas vezes gravidade insolita em consequencia de molestias intercurrentes, sobretudo da diathese rheumatica, da qual é frequentemente a expressão e o resultado. » Por esta exposição vê-se que G. Sée considera-a uma entidade nosologica especial tendo por symptomas

caracteristicos as perturbações nos actos da locomoção e no estado mental.

O Dr. Simon no artigo do *Novo Diccionario de Medicina* define a choréa: « Uma nevrose especial que affecta de preferencia a infancia, de longa duração, caracterisada por movimentos irregulares, desordenados, quasi sempre continuos e exacerbantes, parciaes ou geraes e involuntarios, sem haver comtudo abolição completa da acção da vontade sobre os musculos affectados. » Este auctor limita-se pois a repetir as palavras de Seé, sómente é mais positivo sob o ponto de vista de localisação entre as molestias nervosas; elle classifica-a como uma nevrose.

Para Joseph Frank a choréa é uma molestia constituida pela subtracção dos musculos ao imperio da vontade, por movimentos anormaes de todo o corpo ou só de uma de suas partes, e principalmente por contorsões e gesticulações desordenadas.

Rhomberg diz que a choréa consiste em movimentos combinados de alguns musculos ou grupo de musculos, independentes da influencia cerebral, e que adquirem mais intensidade quando a vontade intervem para produzir certos actos

Hasse adopta a mesma definição accrescentando que os movimentos choreicos cessão durante o somno. Rosenthal exprimindo as ideias da escola allemã define a choréa vulgar (choréa minor, choréa anglorum) um estado morbido constituido por abalos musculares, movimentos associados mais ou menos continuos? produzidos sem perturbações da ideiação, principalmente sob a influencia de excitações motoras voluntarias e sem accommodação apparente a um fim determinado, isto é, sem coordenação. A definição de Rosenthal além de outros inconvenientes tem o de ser muito vaga e comprehender outras manifestações morbidas como as choréas symptomaticas, e identifical-as com a choréa normal ou gesticulatoria.

Niemeyer apenas diz que a choréa é uma nevrose da motilidade porque os seus symptomas são dependentes de uma excitação morbida dos nervos motores, emquanto que a sensibilidade e as funcções psychicas nada manifestão de anormal. Cyon vê na choréa

uma verdadeira ataxia, uma nevrose do systema coordenador e diverge completamente de Rhomberg que falla em movimentos combinados, quando é exactamente a falta de combinação que os qualifica.

Jaccoud baseando-se sobre os dados da physiologia moderna, admittindo a existencia do apparelho de coordenação e transmissão dos movimentos formado de peças que na medulla constituem um todo harmonico em connexão intima com os ganglios cerebraes, difine a choréa: « Nevrose caracterisada por movimentos anormaes, espontaneos ou reflexos que alterão os movimentos voluntarios e persistem durante o repouso, nevrose devida a hyperkinesia dos orgãos da coordenação e transmissão dos movimentos. » Conseguintemente, na opinião de Jaccoud, a choréa pode ter sua séde no cerebro ou na medulla.

Axenfeld definindo a choréa assim se exprime: « É uma nevrose complexa, de marcha sub-aguda ou chronica, mais frequente na infancia, caracterisada principalmente por contracções musculares quasi continuas, involuntarias, geraes ou parciaes de extrema irregularidade, ou melhor — uma mistura de movimentos convulsivos e involuntarios. »

Finalmente o professor Ziemssen diz que pode-se tentar definil-a deste modo: « Nevrose cuja séde é ora o cerebro, ora todo o systema nervoso, que se manifesta por contracções continuas de certos grupos musculares, espontaneas ou excitadas pelo impulso voluntario, que sobrevem quasi somente durante o estado de vigilia, e são acompanhadas de uma perturbação psychica mais ou menos accentuada. »

Estudando comparativamente estas diversas definições vemos que se os seus auctores são concordes em considerar a choréa como nevrose não interpretão de um mesmo modo as modificações das faculdades psychicas. É a de Ziemssen a melhor em nossa opinião, pois ella não só comprehende os phenomenos da motricidade, como refere ainda a influencia moderadora do somno, attende ao estado mental e tambem encerra uma ideia plausivel sobre a localisação da molestia.

ETIOLOGIA

O estudo das causas da choréa é um importantissimo capitulo na historia d'esta molestia, foi sempre a maior preoccupação dos auctores francezes que escreverão sobre a interessante nevrose. A influencia da diathese rheumatica, a filiação da choréa ás lesões do endocardo fornecem vasto campo á explorações e constituem mananciaes fecundos de theorias mais ou menos hypotheticas sobre a pathogenia da dansa de S. Guido.

Á primeira vista a etiologia da choréa parece riquissima, essa riqueza porém é mais apparente do que real e o exame minucioso a reduzirá a modestas proporções. Dividiremos as influencias etiologicas em causas predisponentes e determinantes, ainda que a impossibilidade de estabelecer um limite preciso entre estas e aquellas tenha levado alguns auctores a preferir a divisão em causas intrinsecas e extrinsecas. Poderiamos adoptar este arbitrio, que é seguido pelo Sñr. Raymond, mas teriamos de considerar como causa extrinseca unicamente a acção climatica, ao passo que em um mesmo grupo ficarião reunidas condições pathogenicas muito diversas, como sejão as impressões moraes e o vicio rheumatico.

CAUSAS PREDISPONENTES

Idade. — A choréa manifesta-se de preferencia nas primeiras idades, correspondendo o seu maximo de frequencia a 2.ª infancia, de 6 a 11 annos. Ha observações de choréa em todas as idades. Fox e Michaud julgarão encontral-a em recem-nascidos, porém é provavel que em taes casos os movimentos anormaes não fossem os da choréa nevrotica, mas symptomaticos de lesões cerebraes, dependentes de deformações do craneo, de hydrocephalia, etc.; no doente de Fox um ataque epileptico manifestou-se 3 annos depois. Os dous casos observados pelo Sñr. Richter não merecem igualmente confiança, nem autorisão a admissão da *choréa congenita*, como quer Monod. Constant e Bouchut referem casos em crianças de 4 a 5 mezes; Rufz em uma serie de 189 choreicos encontrou sómente 10 de menos de 6 annos, pertencendo os outros a individuos de 6 a 15 annos.Nos 191 casos observados por G. Seé desde

o começo da molestia, verifica-se a seguinte relação de frequencia:

De 1 a 6 annos...........	11 casos.	
» 6 » 11 »	94 »	(40 %)
» 11 » 15 »	57 »	(30 %)
» 15 » 20 »	17 »	(9 %)
» 20 » 61 »	12 »	(6,5 %)

A maior frequencia na estatistica de Seé está pois entre 6 e 15 annos. Em 52 doentes Steiner encontrou a seguinte relação:

Menos de 6 annos..............................	4
Mais de 6 e menos de 11 annos...........	42
De 11 a 14 annos...............................	6

Em 146 casos observados no Guy's hospital Pyes Smith verificou a seguinte proporção:

5	doentes	de 2 a 5	annos.
72	»	» 6 » 10	»
44	»	» 11 » 15	»
19	»	» 16 » 20	»
5	»	» 21 » 26	»
1	»	» 38	»

Estas estatisticas concordão perfeitamente com a de Seé e mostrão que a choréa é uma nevrose da infancia, manifestando-se principalmente na época da segunda dentição e no periodo que precede a puberdade, periodo em que a susceptibilidade nervosa se acha exaltada e o systema nervoso mais exposto ás perturbações funccionaes.

Dos 21 annos em diante a choréa é rara mas não tanto que possamos negal-a nas ultimas idades, e é de notar que então apresenta alguma cousa de especial como veremos quando tratarmos da choréa dos velhos.

A choréa é pois uma nevrose propria da infancia.

Sexo. — A choréa é mais commum no sexo feminino do que no masculino, approximadamente na proporção de 3 para 1. A maior predisposição do sexo feminino não se limíta á infancia,

estende-se igualmente á idade adulta, o que levou Trosseau a dizer: « depois dos 15 annos a choréa é uma excepção nos homens ». Qual a razão da predominancia d'esta affecção nas mulheres? A influencia da gravidez, a maior susceptibilidade do apparelho nervoso que torna a mulher mais impressionavel aos agentes exteriores, facilitando assim o desenvolvimento das affecções nevroticas, talvez expliquem o facto d'esta predisposição incontestavel e confirmada pelas numerosas estatisticas.

Reeve, em 80 choreicos do Norwich-Hospital, contou 57 mulheres e 23 homens. M. Dufossé (these de 1836) em 240 achou 161 pertencentes ao sexo feminino e 79 ao masculino. Nos 189 casos de Rufz, 138 erão mulheres e 51 homens. G. Sée, em 531 observações referentes sómente a crianças, verificou que 293 pertencião ao sexo feminino. As estatisticas mais modernas de Hughes (73 mulheres em 100 doentes), Steiner (40 em 52) e Smith (106 em 148) fallão no mesmo sentido.

Climas. — A choréa é mais commum nos climas temperados e frios do que na zona intertropical. Alguns auctores, commettendo um erro de generalisação, baseados unicamente na opinião dos medicos das Antilhas, affirmão que a nevrose é rarissima nos climas quentes. É exacto que Darcote, Chervin, Garnot na Martinica, Rouchoux em Guadeloupe não conseguirão observar um só caso; mas a esta asserção podemos oppôr a de Bertherand, Pruner, Bay na Algeria e Egypto, Clarke e de muitos outros medicos das Indias. Entre nós, se não é molestia frequente, entretanto conseguimos, no curto prazo de um anno, observar alguns casos no serviço da Sala do Banco, no hospital da Misericordia, na enfermaria do Dr. Martins Costa, e na Policlinica (doentes do Dr. Moncorvo).

A influencia das estações não é igualmente apreciada pelos pathologistas; uns a negão e outros affirmão-n'a. Cumpre notar que são aquelles que filião a choréa ao vicio rheumatico os que sustentão a acção do frio e da humidade; assim procedem Botrel e Sée, entre outros, e estabelecem sobre este ponto de vista etiologico mais uma semelhança entre as manifestações rheumaticas e a nevrose. Roger, porém, apezar de partidario extremado das idéas de Sée,

acredita que as estações nenhum valor têm como causa predisponente da dansa de S. Guido, posto que os mezes frios e humidos sejão os mais favoraveis ao desenvolvimento das arthrites e das endocardites rheumaticas.

Rufz, pela observação de 189 casos, até garante que a molestia é mais frequente durante o verão, no que é acompanhado por Dugés e Blache, Rilliet e Barthez (1.as edições).

O que devemos concluir d'estes resultados contradictorios? Que a choréa rheumatica se apresenta de preferencia nos mezes em que á acção do frio liga-se a da humidade.

Herança. — A influencia hereditaria póde manifestar-se de tres modos:

1.° A choréa se transmitte de paes a filhos: o facto é raro e até contestado por muitos pathologistas, como Grisolle, Blache, Frank, Raymond, Rilliet e Barthez, que considerão excepcional o unico caso que puderão observar. Sée colleccionon 18 bem verificados em individuos cujos paes tinhão sido affectados do mesmo mal. Os Hutingtons (pae e filhos) referem que em Long-Island observarão em gerações successivas de uma mesma familia accidentes choreiformes; é tal, porém, a descripção d'estes accidentes, que parece mais razoavel attribuil-os a desordens mentaes, á psycho-pathias.

A observação de Stefen-Mackensie merece a mesma desconfiança.

2.° A hereditariedade é indirecta. É o caso mais commum; geralmente, com effeito, ha nos ascendentes uma affecção nervosa (hysteria, epilepsia, alienação mental, etc.) que se transforma nos descendentes em choréa.

3.° A influencia hereditaria póde finalmente ser accusada, sem que tenha havido nos ascendentes qualquer nevropathia, e tal é o que acontece quando estes legão aos seus filhos a diathese rheumatica.

N'estas circumstancias, diz Sée, é a mesma molestia que se apresenta sob aspectos diversos, aqui affectando os tecidos serofibrosos dos membros, ali actuando de preferencia sobre o systema

nervoso. Roger e Trousseau são da mesma opinião. G. Sée admitte ainda uma especie de alternancia na herança das duas affecções, isto é, que o rheumatismo póde manifestar-se em uma geração sob a fórma de choréa, e em outras com os seus caracteres habituaes.

Rheumatismo e lesões cardiacas. — A diathese rheumatica occupa o lugar predominante na etiologia da choréa; as lesões cardiacas têm apenas importancia secundaria e representão na maioria dos casos um traço de união entre as duas affecções.

A relação estreita entre o rheumatismo e a choréa, posto que demonstrada só depois de 1850, não escapou comtudo á observação perspicaz dos primeiros pathologistas que descreverão a dança de S. Guido. Stoll, no capitulo IV da *Medicina pratica*, refere dous casos de choréa ligada ao rheumatismo. Bouteille cita as duas observações precedentes e duas outras de Sauvages; é o primeiro a admittir a choréa rheumatica, tanto lhe parecia depender do vicio rheumatico a symptomatologia por elle observada em uma criança de 8 annos. Berndt, Copland, Scudamore, Abercombrie, Begbie, Watson, iusistirão sobre a frequencia dos antecedentes rheumaticos e das lesões cardiacas nos choreicos.

Em 1839 Bright, tendo observado numerosos casos, estabelece, não mais uma união fortuita e casuistica entre a choréa e o rheumatismo, porém a existencia de uma verdadeira subordinação pathologica; tratando de explicar esta relação de causa á effeito, diz que a influencia rheumatica não se exerce directamente, que a inflammação das serosas cardiacas precede a molestia nervosa e que a pericardite rheumatica é a causa mais frequente da choréa. Bright inaugura, pois, uma doutrina que tende a reduzir consideravelmente a influencia do rheumatismo e attribue a sua acção etiologica aos accidentes cardiacos.

A opinião de Bright foi magistralmente discutida por Germain Sée, que reinvindicou para o rheumatismo toda a influencia pathogenica na producção da choréa e tentou provar com observações numerosas que esta molestia dependia sempre de uma mesma causa. As conclusões de Germain Sée são as seguintes:

1.ª Que na maioria dos casos a choréa é o resultado da diathese rheumatica, que se traduz por inflammações plasticas das serosas cardiacas, das meningeas, da pleura, do peritoneo, com ou sem rheumatismo articular.

2.ª Que em algumas circumstancias a choréa depende de lesões cerebraes.

3.ª Que em certos casos a molestia parece ser independente de qualquer modificação apreciavel do systema nervoso, de qualquer alteração geral do organismo, e deve então ser considerada como affecção nervosa essencial, como verdadeira nevrose. Em resumo, tres especies de choréa são admittidas por Sée: rheumatica, symptomatica e essencial.

Fazendo especialmente o estudo da choréa rheumatica, Sée, baseando-se em grande numero de observações, mostra que tres combinações podem-se apresentar:

1.ª Cathegoria. — Na grande maioria dos casos é o rheumatismo mono ou poly-articular, febril ou apyretico, agudo ou sub-agudo, que precede a choréa. Geralmente quando as dôres articulares começão a diminuir apparecem os movimentos insolitos e desordenados; se a fluxão rheumatica é acompanhada de elevação de temperatura, estes não se manifestão antes da diminuição da reacção febril. A affinidade pathogenica entre as duas molestias torna-se mais evidente quando ha reincidencias, pois que em taes condições o rheumatismo e a choréa podem repetir conjuncta ou alternadamente, de modo que em alguns doentes a arthrite marca o começo e o fim da nevropathia; em outros sómente a choréa reincidirá.

2.ª Cathegoria. — A choréa rheumatica desenvolve-se simulando uma molestia essencial sem causa apparente, e só dias depois se apresentão os phenomenos rheumaticos. Aqui o vicio rheumatico procede de dentro para fóra, affectando primeiramente o elemento nervoso e depois as articulações; a diathese se mostra sob uma fórma insolita, poupando a principio as synoviaes, que são entretanto os seus pontos de eleição.

3.ª Cathegoria. — Finalmente, em uma terceira serie de doentes

é o elemento visceral o primeiro a ser influenciado pelo vicio rheumatico.

É nas serosas cardiacas que de preferencia se manifesta a diathese, e tal é a razão por que muitas vezes a endocardite e a pericardite precedem a choréa, que d'ellas não depende e que apenas reconhece por causa uma fluxão rheumatica para o cerebro: a endocardite e a choréa são em taes emergencias effeitos de uma mesma causa, sem que haja influencia directa de uma sobre a outra; e tanto assim é que, quando a inflammação toma por séde a pleura, a choréa póde se manifestar do mesmo modo. Taes são resumidamente as conclusões que podemos tirar da primorosa monographia de Sée; conclusões que, se não forão unanimemente acceitas, todavia abalarão a doutrina de Bright, que então triumphava.

Senhouse Kirkes apoia a opinião de Bright com uma estatistica de 36 casos de choréa em que 7 doentes apresentarão nos seus antecedentes morbidos rheumatismo e lesão cardiaca; nos outros 3 só havia affecção cardiaca. Commentando estas observações, Kirkes conclue, como Bright, que o rheumatismo só produz a choréa porque determina lesões do coração.

As idéas de Sée são ainda vivamente combatidas por Barthez e Rilliet (1.as edições), autoridades incontestaveis em pathologia infantil, os quaes affirmão que a coincidencia da choréa com o rheumatismo é a unica razão apresentada para estabelecer a filiação entre as duas affecções, mas que para transformar essa coincidencia em lei pathologica será preciso adduzir novas provas.

Cyon insiste sobre a influencia indirecta e secundaria do rheumatismo; nega-lhe o primeiro lugar na etiologia, ao passo que, de accordo com Bright e Kirkes, vê na endocardite e na pericardite as principaes e verdadeiras causas. Cyon admitte tres fórmas de choréa: 1.a, a choréa sympathica, devida á chlorose, á anemia, ás excitações genesicas, etc.; 2.a, a choréa symptomatica, produzida por lesões dos centros nervosos; 3.a, a choréa reflexa, dependente de endocardite, pericardite, rheumatismo articular, vermes intestinaes, etc. As idéas expendidas por Cyon e os argumentos com que as defende collocão novamente a questão em estado de litigio,

e tal é o motivo por que auctores de diversos tratados de pathologia, que escrevêrão no seu tempo, mostrão-se reservados e duvidosos em relação á pathogenia. Monneret diz que o rheumatismo é apenas uma complicação accidental. Grisolle mantem-se na expectativa. Nyemeyer refere-se á diathese rheumatica como causa predisponente de pouco valor. Trousseau é o unico que se declara francamente partidario das idéas do seu discipulo (G. Sée) e affirma até que em algumas crianças rheumaticas poude prophetisar o apparecimento da choréa. Vejamos, porém, se temos dados seguros em favor da natureza rheumatica da dansa de S. Guido.

Spitzmuller rouba aos anatomo-pathologistas, que sempre encontrarão na choréa as lesões do coração, o seu melhor argumento. A ataxia cardiaca, o ruido de sôpro que para estes é expressão symptomatica de uma lesão do orgão central da circulação, para o auctor allemão resulta apenas da incoordenação funccional dos musculos papillares, de uma verdadeira choréa do coração. Sptizmuller basêa-se principalmente sobre a mobilidade dos phenomenos cardiacos e sobre as observações tomadas por Benedikt, que mostrão que o ruido de sôpro muitas vezes desapparece antes da cura da molestia pela galvanisação do pneumogastrico e do sympathico.

Henri Roger lança ainda mais luzes sobre a questão; leva-a para o terreno seguro da observação clinica e defende com talento e convicção a pathogenia assignalada por G. Sée, pathogenia para elle a mesma em todos os casos. Roger é mais absoluto que o seu predecessor, pois que não adopta restricções e só vê na choréa uma consequencia do rheumatismo cerebral. Para confirmar sua opinião o distincto professor refere grande numero de casos em que a nevrose se manifestou durante a convalescênça, ou pouco depois do ataque rheumatico; outros em que as duas molestias apparecerão simultaneamente; e finalmente outros em que o rheumatismo e a choréa alternavão. Analysando todos estes factos, Roger conclue:

1.º Que ha uma coincidencia a notar, porquanto a choréa é commum nos individuos rheumaticos.

2.º Que existe uma relação de causa á effeito, pois que muitas vezes a choréa segue quasi immediatamente os accidentes rheumaticos.

3.º Que existem estreitos laços de filiação entre o rheumatismo e a choréa, a qual póde ser perturbada em sua marcha por uma reincidencia rheumatica.

4.º Que ha identidade de natureza porque o rheumatismo e a choréa manifestão-se simultaneamente sob a influencia da mesma causa, o frio; marchão conjunctamente, depois cessa o rheumatismo e só persiste a choréa cuja evolução é mais lenta.

A clinica demonstra pois exhuberantemente as relações de connexidade entre a choréa e o rheumatismo e prova igualmente a frequencia e a constancia d'esta relação. A mesma observação clinica mostra ainda que em pathologia infantil quando se diz rheumatismo cerebral não se trata de um conjuncto de symptomas inteiramente semelhante áquelle que no adulto caracterisa o rheumatismo agudo ou sub-agudo. Na infancia, como diz Roger, os phenomenos morbidos combinão-se de uma maneira insolita; a ataxia do movimento e a inquietação corporal coexistem com o somno da intelligencia e dos sentidos, com o torpor intellectual coincide a agitação convulsiva da motilidade; em uma palavra a choréa é clinicamente a consequencia quasi necessaria do rheumatismo cerebral, ou melhor ainda — sua expressão symptomatica (Roger).

Indirectamente ainda a natureza rheumatica da choréa é provada pelas observações de choréa cardiaca. Denomina-se choréa cardiaca aquella que é acompanhada de endocardite ou pericardite sem as manifestações articulares do rheumatismo; quando estas existem a choréa é rheumato-cardiaca e constituida então por uma triade pathologica: choréa, rheumatismo articular e cardiopathia. Esta distincção admittida por H. Roger não é muito precisa, nem rigorosa, porque este professor vendo sempre no rheumatismo a causa da nevrose deve considerar tambem rheumato-cardiaca a choréa a que dá simplesmente o nome de cardiaca.

A affecção convulsiva e a lesão cardiaca, relativamente a ordem chronologica em que se manifestão, apresentão tres combinações perfeitamente verificadas por H. Roger: 1.ª, a choréa

precede a lesão do coração; 2.ª, segue-a; 3.ª, se manifesta ao mesmo tempo.

O mesmo que succede com a choréa cardiaca dá-se tambem com a choréa rheumato cardiaca, isto é, as mesmas combinações têm logar.

Algumas vezes a affecção convulsiva apparece em 1.º logar e só no fim do 1.º ou do 2.º ataque sobrevem a arthrite e a phlegmasia cardiaca. Este intervallo póde ser muito longo, até de annos, o que explica porque em alguns casos a choréa parece completamente estranha á diathese rheumatica. Outro facto curioso a notar na choréa rheumato-cardiaca (acompanhada de inflammação das synoviaes) é a especie de antagonismo entre os phenomenos nervosos e as dôres articulares, quanto á intensidade dos symptomas: a choréa que succede ao rheumatismo poli-articular agudo, ordinariamente acompanhada de phlegmasia cardiaca, é parcial ou pouco duravel; inversamente — quando o rheumatismo não se annuncia por symptomas dolorosos e alarmantes a choréa é mais intensa e rebelde. No primeiro caso parece que o vicio rheumatico concentra a maior parte de sua acção sobre as synoviaes, no segundo prefere o elemento nervoso; ha como que uma substituição.

Jaccoud que não quer dar importancia a estes factos diz que se as relações da choréa, com as lesões do coração, não com o rheumatismo, são frequentes, não devem comtudo ser erigidas em lei, e que o dominio da coincidencia é tão vasto que, nas choréas que se desenvolvem em individuos reconhecidamente rheumaticos, a relação de causalidade póde ser provavel mas não certa. O sabio professor appella para a anatomia pathologica, para as autopsias de Ogle em 1868, Lockhart Clarke, Steiner, Spencer, Lawson Tait, Barnes, etc., e conclue adoptando a opinião tão criticada de Bright, negando completamente a influencia directa do vicio rheumatico. Jaccoud mostra comtudo pouca convicção pois que diz: « factos numerosos tem elucidado o mecanismo pelo qual a lesão cardiaca produz a choréa, e este mecanismo é realisavel por qualquer alteração do endocardo ». Entretanto depois, criti-

cando a theoria ingleza, ataca-a brilhantemente e a reduz a proporções bem acanhadas.

O que devemos pensar diante de affirmações tão contradictorias sustentadas de parte a parte com talento e convicção?

De um lado temos autores affirmando a natureza rheumatica da choréa, de outro exclusivistas para os quaes o rheumatismo nada tem com a molestia. Esta ultima opinião com o vigor com que é formulada parece-nos falsa, e a primeira sem o absolutismo de Roger é a que adoptamos.

Não é possivel negar em grande numero de casos, no maior numero mesmo, a natureza rheumatica da nevrose, pois que o vicio rheumatico n'elles acha-se inscripto com signaes irrecusaveis. Os factos de coincidencia do rheumatismo e da choréa são tão numerosos, as estatisticas são tão eloquentes que a concumitancia das duas affecções não deve ser attribuida a simples casualidade, mas implica uma relação muito estreita entre ellas.

Bastaria para fazer triumphar a doutrina de Sée, dizer que Rilliet e Barthez, os mais encarniçados adversarios do illustre professor, rendem-se á evidencia dos factos e assim exprimem-se na ultima edicção do seu livro: « Não podemos negar a es sencia commum d'estas duas molestias, pois que temos visto: 1.º, a choréa seguir o rheumatismo ou precedel-o no mesmo individuo; 2.º, o rheumatismo desenvolver-se durante a evolução da choréa; 3.º, a choréa apparecer durante o ataque de rheumatismo articular; 4.º, a endocardite, a pericardite, a pleurisia nos choreicos juntamente com os accidentes articulares; 5.º, finalmente, como consequencias d'essas endocardites lesões valvulares e musculares bem como as que formão o cortejo dos ataques de rheumatismo articular os mais caracteristicos ». A choréa na maior parte dos casos é manifestamente de origem rheumatica.

Chamamos a attenção para as nossas observações n.ºs 3 e 5, que são argumentos em favor da doutrina de Sée.

De outro lado, entretanto, não devemos admittir que a dansa de S. Guido seja sempre a expressão do vicio rheumatico, porque contra factos podemos oppôr factos e em alguns casos a influencia

rheumatica é realmente nulla, principalmente n'aquelles em que a molestia succede a uma emoção violenta em individuos que nunca tiverão accidentes rheumaticos. Ernest Labbé, Bordier, Kohn, Rendu, Empis, Loumaigne de Riscle citão muitas observações n'estas condições. Long em 65 observações, recolhidas no hospital de Santo Eugenio, encontrou nos antecedentes dos doentes o rheumatismo articular sómente 11 vezes. M. Eisenmann em 100 doentes, observados nos hospitaes de Londres e da Allemanha, notou o rheumatismo precedendo a choréa 5 vezes unicamente. Nos 252 casos da estatistica de Steiner 4 vezes apenas houve preexistencia do rheumatismo articular agudo. Bouchut, Rilliet e Barthez referem ainda casos independentes de toda a influencia rheumatica.

Quando o vicio rheumatico existe a sua acção é diversamente interpretada: uns dizem que actua directamente sobre o systema nervoso, outros attribuem a influencia etiologica ás lesões cardiacas que elle determina; estes ultimos dizem que assim como se encontra choréa em rheumaticos cardiacos, tambem se tem encontrado em cardiacos não rheumaticos, d'onde concluem, é a lesão cardiaca a causa da choréa.

Howship Dickinson tentando resolver a questão affirma que quando a choréa é precedida de rheumatismo, não é da inflammação do endocardo que depende, que tem por causa a affecção geral e não as suas complicações, e tanto assim que o rheumatismo muitas vezes produz a choréa sem precedel-a de endocardite. Quando a influencia rheumatica não póde ser invocada e juntamente com os movimentos choreicos se observa o sopro na base do coração Dickinson acredita que é a molestia convulsiva que determina a endocardite — a endocardite denominada choreica. Nos casos, porém, em que a influencia rheumatica não é plausivel, não nos parece necessario admittir que a affecção nervosa repercuta sobre o coração e provoque a inflammação da serosa e o ruido de sopro. Podemos, como Spitzmuller, attribuil-o a uma perturbação na coordenação dos musculos papillares, perturbação que é effeito directo da choréa e que constitue uma verdadeira

choréa do coração; ou ainda, abandonando a hypothese do autor allemão, collocal-o sob a dependencia da anemia, que quando não é causa é um effeito quasi constante. Em conclusão:

Em grande numero de casos a choréa é uma nevrose rheumatica, em outros não póde ser filiada á esta diathese. Voltaremos ao assumpto quando nos occuparmos da anatomia pathologica.

Excitações genesicas. — Loumaigne, Fautrie, Hildenbrandt, Perreux, Revillout considerão as excitações genesicas *manu propria* condições favoraveis á manifestação da choréa, em consequencia do esgotamento nervoso que determinão; tal seria, segundo alguns autores, uma das causas da maior frequencia da molestia nas grandes povoações, onde a infancia se entrega mais commumente aos prazeres sexuaes illicitos. Entretanto a impossibilidade de estabelecer estatisticas rigorosas impedirá sempre que se possa concluir qualquer cousa de positivo a tal respeito. (Ziemssen.)

Causas diversas. — Chloro-anemia. — A chlorose e anemia representão um papel importante na etiologia da choréa, ainda que Seé a considere não causa, mas effeito da molestia. É muito commum ver a anemia succeder ou acompanhar os symptomas da choréa, mas não é menos exacto que em grande numero de casos a discrasia sanguinea precede a nevrose e deve ser apontada como circumstancia propricia ao seu apparecimento; tanto assim que a medicação tonica quasi sempre produzirá beneficos resultados, a diminuição na intensidade das contracções musculares e depois a cura da molestia.

Comprehende-se facilmente a razão destes factos: o estado anemico colloca o organismo temporariamente sob a dependencia de um temperamento nervoso, o sangue empobrecido nutrindo mal os orgãos da innervação, colloca-os em um estado de erethismo que se revela por perturbações funccionaes. Tal é a origem da theoria discrasica que pretende explicar os symptomas choreicos pela alteração da crase sanguinea, theoria que tem contra si as observações em que a molestia affecta individuos robustos e bem constituidos. Bouchut colloca a anemia no mesmo plano que o

rheumatismo, e ao lado da choréa rheumatica admitte a choréa *anemica*, considerando como tal a que apparece durante a prenhez.

IDIOSYNCRASIAS. — Alguns autores assignalão certas idiosyncrasias; segundo Frank a molestia é muito commum entre os Judeos e não admira, diz elle, que em um povo acostumado a gesticular, a molestia gesticulatoria seja frequente.

DIATHESES. — Além do rheumatismo são apontadas como causas as diatheses escrophulosa, syphilitica, herpetica e tuberculosa. Frank e Sée apresentão observações em que nos antecedentes dos doentes figurão accidentes escrophulosos. Sée, em 168 choreicos encontrou 16 escrophulosos. Grasset refere outro caso em que manifestações da escrophula precederão a dansa de S. Guido. Estes factos pouco numerosos não autorisão ainda a estabelecer a relação de causa a effeito entre a escrophula e a choréa. O mesmo diremos da tuberculose e da diathese herpetica. A syphilis porém constitue uma predisposição; em uma das nossas observações a relação de causalidade entre esta diathese e a choréa é provavel e o tratamento especifico aproveitou consideravelmente.

TEMPERAMENTO E CONSTITUIÇÃO. — De um modo geral diremos que o temperamento nervoso e a constituição fraca são condições favoraveis, mas o temperamento sanguineo e uma constituição robusta não impedem as manifestações choreicas. Rufz, Rilliet e Barthez, Roger, nada de especial observarão na constituição dos choreicos. G. Sée, em 107 doentes, encontrou 68 de constituição fraca, 22 de constituição média e 20 fortes e robustos. Em 79 casos em que o temperamento é mencionado com exactidão o lymphatico existe em 40 doentes, em 21 o lymphatico nervoso, em 4 o sanguineo-lymphatico, finalmente 14 tem temperamento sanguineo puro.

CAUSAS DETERMINANTES

A causa determinante da choréa em muitos casos escapa á apreciação do medico que se vê na necessidade de appellar para uma emoção qualquer, como o medo, uma viva contrariedade, etc.,

ou para algumas das condições que geralmente provocão as manifestações rheumaticas.

Examinemos aquellas que são mais vezes apontadas.

Molestias agudas. — As molestias que debilitão o organismo podem predispol-o á dança de S. Guido. Nestas condições se achão a febre typhoide, a variola e principalmente a escarlatina que é de todas as febres eruptivas a que mais vezes se complica de choréa. Porque? Em consequencia das relações estreitas existentes entre esta febre exhanthematica e o rheumatismo, do qual a choréa é muitas vezes uma dependencia?

Não queremos com isto dizer, como Blondeaux, que a escartina seja uma manifestação rheumatica, que deva figurar ao lado das arthrites e da endocardite; mas que, com muitos auctores, admittimos o rheumatismo escarlatinoso.

Esta opinião entretanto não é acceita por Jaccoud que faz depender os accidentes articulares, cardiacos e pleuriticos da escarlatina sómente de manifestações exhantematicas para o lado das serosas. Parece comtudo provavel a existencia de uma filiação entre o rheumatismo e a escarlatina, que actuaria como excitante e provocaria a explosão da diathese rheumatica até então latente, explicando-se assim porque as complicações cardiacas e articulares não são tão frequentes, como se deveria esperar se ellas reconhecessem como causa unica o exhantema das serosas. Trousseau ainda vae mais longe, accrescentando que o rheumatismo escarlatinoso póde revestir uma fórma mortifera e se apresentar com os caracteres do rheumatismo suppurado. Se, pois, a analogia entre os accidentes cardiacos da escarlatina e do rheumatismo é completa, se os phenomenos articulares da escarlatina pouco differem d'aquelles que o rheumatismo determina, se existe uma affinidade incontestavel entre a escarlatina e o rheumatismo, affinidade que reconhece por causa a diathese rheumatica pre-existente, não é de admirar que a choréa, como manifestação rheumatica. se manifeste em alguns casos de escarlatina.

Imitação. — A imitação deverá ser considerada como um elemento etiologico na historia da choréa? Rufz, Blache, Sée, Botrel

não negão a possibilidade das choréas por imitação, mas restringem a influencia d'esta, pois que muitos dos factos apresentados como taes, referem-se, não á dansa de S. Guido, mas á hysteria, ás vesanias, etc. Todos os auctores do seculo passado admittião a contagiosidade da dansa de S. Guido, seu apparecimento por imitação, e assim explicarão as epidemias desta molestia. Bouteille e Sydenham desfazendo a confusão que reinava, isolando a verdadeira dansa de S. Guido das choreo-manias, reduzirão consideravelmente a importancia da imitação na etiologia da choréa. Roger admitte que o contacto de individuos choreicos possa produzir choréas simuladas, mas não choréas verdadeiras. Valleix não acredita nas choréas por imitação. Sée affirma que só existe na sciencia um facto deste genero observado por Barthez e Rilliet, o qual quando muito só provará que a vista de um choreico, como todas as impressões desagradaveis ou vivas, o medo, o terror, póde determinar a explosão de movimentos anormaes em individuos já predispostos.

Grisolle e Niemeyer não contestão a influencia da imitação, principalmente nas crianças. Bouchut pronuncia-se francamente pela admissão de um contagio nervoso na choréa e nas outras nevroses, contagio especial fazendo-se por meio de emanações nervosas morbificas que irião produzir sobre as pessoas submettidas á sua influencia a molestia do individuo que as forneceu; distinctas das impressões moraes que terrificão e produzem convulsões, as impressões nervosicas occasionarião constantemente a molestia correspondente á sua natureza; aqui a syncope, alli a hysteria, a epilepsia, a alienação, e em outros doentes as convulsões e a choréa.

Ziemssen admitte o contagio nerveso. « Existem, diz elle, factos authenticos que provão a propagação da molestia em individuos predispostos, e isto não é raro nas crianças de uma mesma familia ou nos alumnos de uma mesma escola. Ao lado das antigas observações de Crampton, Mullin, Eckstein, etc., encontramos outras mais modernas de Bricheteau e Leube.

Leube viu duas moças que tendo permanecido por algum

tempo em companhia de uma choreica forão por sua vez acommettidas de symptomas choreiformes. A observação de Bricheteau é mais concludente: no hospital Necker pouco tempo depois da entrada de uma choreica, 8 doentes apresentarão symptomas analogos, e foi necessario o isolamento para evitar uma difusão mais extensa.

A intensidade dos phenomenos variava conforme os individuos, em alguns dos quaes a duração da molestia foi de um mez ». (Ziemssen.)

Raymond criticando a opinião de Ziemssen repelle a expressão de contagio psychico, que nada significa, e nega a choréa imitativa, porquanto as pretendidas epidemias de perturbações motoras consistião apenas na reproducção mais ou menos fiel de movimentos involuntarios sem os caracteres dos movimentos choreicos e que cessavão pelo isolamento ou por um tratamento puramente moral, como no caso de Leube.

Se pois o numero de observações em que a imitação representa o papel capital é tão diminuto não lhe poderemos dar a importancia que teve em outros tempos, e só a admittimos na etiologia da choréa-minor com muita reserva.

Propositalmente dizemos choréa-minor para evitar qualquer equivoco. A choréa major que reinou na idade média era como vimos, contagiosa, epidemica; mas as dansas dos corybantes, o tarentismo, o revival dos methodistas, as choreo-manias descriptas por Hecker e referidas por Blache e Rufz, nada tem com a dansa de S. Guido de Sydenham, a choréa de Bouteille.

Vermes. — Stoll, Gaubius, Bouteille, Frank, Philenius notarão vermes nos intestinos de muitos choreicos e d'ahi concluirão que a molestia nervosa frequentemente dependia de parasitas no tubo digestivo. Evidentemente confundião a dança de S. Guido com outras affecções convulsivas; hoje não se admitte mais a choréa que os antigos denominavão verminosa. Bouchut diz ter observado choreicos em que a expulsão de ascarides lombricoides foi immediatamente seguida de cura; entretanto affirma que são muito raros e nós os julgamos de méra coincidencia.

Impressões moraes. — A influencia das impressões moraes vivas como causas determinantes se é hoje incontestavel, nem sempre o foi. Roger e Sée, os dous pathologistas que em França mais se occuparão com o estudo das condições pathogenicas da choréa, contestarão que o medo e a colera podessem determinar os movimentos choreiformes. Tal opinião não tem razão de ser formulada tão absolutamente. É exacto que entre as primeiras consequencias da choréa devemos notar a diminuição da intelligencia e da memoria, as modificações do caracter (os doentes tornão-se timoratos, irasciveis, etc.), e que em taes circumstancias qualquer violencia inesperada abate profundamente o organismo; appellando para a decadencia moral dos choreicos, dizem os auctores que negão a influencia das causas moraes, tem-se tomado e effeito pela causa e considerado o medo, por exemplo, condição etiologica, quando as manifestações de pavor pelos mais futeis motivos, em taes casos, são o um resultado da molestia. Esta observação merece ser attendida e evitará um erro de apreciação que não poucas vezes é commettido, mas o facto de que a choréa póde ser provocada pelas emoções, não deve ser negado depois das numerosas observações citadas por auctores de toda a probidade scientifica e isemptos de suspeição.

Trousseau refere dous casos em que o medo foi certamente a causa da molestia. Um delles é relativo á uma moça de 16 annos que não tinha antecedentes rheumaticos nem signal algum de lesão cardiaca; esta moça descendo uma escada, á noite, foi sorprehendida por um individuo, e tal terror experimentou que logo apresentou movimentos choreicos. O outro refere-se ainda a uma moça a quem muito vexava um anus anormal e que foi acommettida de choréa logo após a operação.

Bouchut, Rilliet e Barthez dizem ser frequente encontrar doentes em que a choréa não tem outra causa (referindo-se ás emoções).

Em 18 doentes de Rufz, 11 vezes o medo pode ser considerado como causa. Em 56 casos Dufossé e Bird observarão 31 vezes o mesmo facto. Quantin, Chavance, Gerard e Moynier são de opinião

que o medo é de todas as causas a mais frequente. Rhomberg falla de uma criança de 10 annos, que tendo sido aggredida por um cão, poucas horas depois apresentou-se com os symptomas da choréa. Dupuytren refere o facto de uma moça que, tendo sido offendida em seu pudor por um ebrio, tornou-se logo choreica. Bouteille narra quatro observações que põem em evidencia a acção das impressões moraes (Bouteille — *Tratado das choréas* — pg. 261 e 265).

Frank cita tres casos: em um a choréa manifestou-se 3 dias depois de ter sido a doente (uma criança) amedrontada por um mascara; em outro a molestia foi determinada pela vista de um urso; o 3.º refere-se á uma criança repentinamente aggredida por um gallo.

Á vista de tão numerosos factos, não podemos admittir a opinião exclusiva de Roger e Sée, que negando o papel etiologico das impressões moraes, evitão uma das mais fortes objecções contra a theoria que pretendo encontrar em quasi todos os choreicos individuos rheumaticos. G. Sée apoia-se sobre a seguinte estatistica: em 128 doentes a influencia do medo só foi observada 25 vezes; em 14, juntamente com o medo, havia rheumatismo, em 8 a humidade, em 9 a immersão em agua fria; d'onde conclue que a acção das emoções vivas é muito duvidosa. Ora, estes factos não estão isemptos de critica; assim poderiamos dizer que geralmente nas crianças a immersão rapida em augua fria provoca manifestações de receio e mesmo medo, e além d'isto, a estas observações antepomos outras, mais numerosas, que autorisão-nos a concluir que se as emoções não são as causas determinantes mais frequentes em muitos casos ellas teem influencia positiva.

SYMPTOMAS

A symptomatologia da choréa é vasta e opulenta : a motilidade, a sensibilidade e até a intelligencia são affectadas conjunctamente. As desordens motoras constituem sem duvida os symptomas mais salientes e tão significativo é o quadro que representão, que a

dança de S. Guido poderia ser descripta em duas palavras — loucura muscular.

Este conjuncto de symptomas raras vezes constitue-se rapidamente; na grande maioria dos casos existe um periodo prodromico, que pode ser tão pouco ruidoso que passe desapercebido.

Os phenomenos prodromicos geralmente dependem de perturbações psychicas: os doentes tornão-se timoratos, amedrontão-se facilmente, derramão copiosas lagrimas pela mais insignificante reprehensão, fogem dos seus companheiros e procurão no isolamento um abrigo contra os perigos imaginarios. A força de attenção diminue, a actividade intellectual baixa, a memoria se enfraquece, se nas escolas eram classificados entre os primeiros, vão successivamente perdendo os louros que tinhão colhido. De meigos e doceis que erão, tornão-se caprichosos, irasciveis, ao mesmo tempo que pusillanimes e selvagens; de bons transformão-se em máos e falsos amigos, provocão frequentemente admoestações e são incorrigiveis.

Muito commummente apparecem certas perturbações da motilidade, á principio quasi insignificantes: inquietação especial nos membros, agitação insolita e sem fim determinado, necessidade incessante de movimento. Ao mesmo tempo nota-se falta de precisão nos actos intencionaes, os individuos tornão-se inhabeis para movimentos delicados, não podem executar com destreza certos exercicios, as crianças commettem pequenos fracassos, deixando cahir muitas vezes das mãos os objectos que lhes são confiados, e isto lhes proporciona repetidas censuras, sempre improficuas.

Ao lado d'esta falta de equilibrio muscular nos movimentos combinados, notão-se estremecimentos limitados nos dedos ou no braço, contorsões passageiras da face, alterando o estado normal da physionomia.

Perturbações da sensibilidade tambem se observão no periodo inicial. Os doentes queixão-se de dôres ao longo do rachis, principalmente nas regiões dorsal e lombar, dôres que se exacerbão pela pressão sobre as apophyses espinhosas; dôres, semelhantes ás do rheumatismo, na espadua, nuca e na cabeça; máo estar geral,

prurido nas fossas nasaes. A sensibilidade especial pode ser affectada e d'ahi illusões opticas, o doente vê faiscas, não pode fixar attentamente os objectos, nem ler por muito tempo, sente zumbidos nos ouvidos. A insomnia, o cauchemar, os sonhos penosos não são raros. As funcções digestivas experimentão tambem modificações: o appetite torna-se caprichoso, as digestões difficeis, a constipação habitual.

Nos casos raros em que começa bruscamente, a choréa é raras vezes precedida de ataque hysteriforme ou epileptiforme, de symptomas de meningite ou de apoplexia.

Quer tenha sido gradual ou brusco o começo da affecção, os spasmos musculares manifestão-se á principio ora na face só, ora nos membros inferiores e superiores, n'um ou nos dous junctamente, no lado esquerdo ou no direito, ou ainda em ambos ao mesmo tempo. Segundo a estatistica de Sée, os movimentos choreicos inicião-se de preferencia no lado esquerdo. Rilliet e Barthez, pela observação de 149 casos, dão a seguinte ordem de frequencia: lado esquerdo e lado direito, toda a superficie do corpo, membros superiores, face, membros inferiores.

A desordem dos movimentos, limitada a um membro ou lado, estende-se em seguida ao outro ou a todos, aos musculos da lingua, e a choréa chega ao periodo de molestia confirmada.

Symptomas da choréa confirmada. — Os symptomas que apresentão os choreicos, quando a nevrose attinge o seu apogêo, devem ser dispostos em quatro grupos: alterações da motilidade, da sensibilidade, do estado moral e intellectual e das funcções nutritivas.

1.° *Perturbações da motilidade* — O spasmo muscular, os movimentos convulsivos, constituem os symptomas fundamentaes. As modificações que estas convulsões determinão na prehensão dos objectos, na marcha, na phonação e na expressão da physionomia, uma vez observadas, jámais poderáõ ser esquecidas e distinguem perfeitamente a choréa de todas as outras molestias em cuja symptomatologia predominão o tremor e o movimento involuntario.

Os movimentos choreicos affectão nos casos typicos e graves toda a musculatura da vida de relação, ainda que não com a mesma

intensidade; manifestão-se não somente na ausencia de qualquer intervenção da vontade, como tambem vicião os movimentos intencionaes. O aspecto do doente é dos mais commoventes: a physionomia muda constantemente, paixões as mais diversas e oppostas pintão-se successivamente na face; a expressão do cynismo, do orgulho, da alegria em poucos segundos é substituida pela do terror, da colera, da tristeza. Contracções irregulares enrugam e distendem a pelle da fronte; os supercilios approximão-se e affastão-se, elevão-se e abaixão-se; os globos oculares movem-se em todos os sentidos ou apenas experimentão ligeiras oscillações, contrastando com o jogo da physionomia; as palpebras executão continuamente e com rapidez movimentos de levantamento e abaixamento; as narinas dilatão-se; os labios teem movimentos bruscos, batem um contra o outro, produzindo um ruido semelhante ao de uma valvula, a commissura labial é distendida e desviada; os elevadores da mandibula contrahem-se e ha verdadeiro trismo, as arcadas dentarias são então fortemente applicadas uma sobre a outra, os dentes podem ser quebrados, como n'um caso de Tuckwell e os labios mordidos. A cabeça executa movimentos de extensão, flexão e rotação. As espaduas elevão-se e abaixão-se desordenadamente. Em summa, a mobilidade da physionomia é sorprehendente, ha uma especie de delirio dos musculos da face. A lingua, precipitada para fóra quando cessa a contracção dos masseteres, descreve mavimentos insolitos, projecta-se em seguida para dentro da cavidade buccal, produzindo um estalido especial, movendo-se em todos os sentidos, ferindo-se muitas vezes de encontro aos dentes. Estes movimentos desordenados da lingua embaração a phonação e difficultão a articulação das palavras, principalmente das syllabas formadas com as lettras labiaes e linguaes.

A alteração da palavra não depende somente dos movimentos irregulares da lingua, é em grande parte consequencia da falta de pressão do ar na arvore pulmonar e das mudanças continuas de tensão das cordas vocaes, que não conseguem fechar completamente a glotte e vibrão differentemente. A impossibilidade de uma expiração sustentada e regular é ainda outro factor que concorre

para a perturbação da dicção; ha doentes que apenas podem pronunciar uma syllaba em cada expiração, fallão então muito lentamente, isolando algumas e precipitando outras. Outros que apenas experimentão hesitação em pronunciar a primeira palavra, mas depois fallão com uma volubilidade excessiva; Sée compara-os com doentes que com difficuldade começão a caminhar e que correm facilmente desde que conseguem executar os primeiros passos (molestia de Parkinson).

Os musculos do larynge e pharynge, em alguns casos, menos vezes comtudo que os da lingua, participão da desharmonia que existe nos membros e na face, modificão a voz, tornão-a rouca, tremulada ou sibilante. Quando a molestia mostra-se com certa gravidade, a deglutição e a mastigação ficão seriamente compromettidas, e se o bolo alimenticio consegue passar o isthmo da garganta, não raras vezes insinua-se pelas vias aereas.

Os esphincteres podem ser influenciados pela choréa, mas o facto é raro e geralmente não se observa incontinencia de urina e materias fecaes. Hasse, Rosenthal, Ziemssen e outros observarão a dilatação da pupilla com paresia e insensibilidade á luz. Segundo estes auctores, nos casos de hemi-choréa, ou quando um lado é mais affectado que outro, a pupilla correspondente é mais dilatada. Rosenthal, em um choreico, durante um forte paroxismo, viu que a dilatação pupillar não era modificada pela introducção de um delgado electrodo entre a sclerotica e a conjunctiva; depois do accesso, a pupilla voltava a seu estado normal.

É a musculatura dos membros a mais profundamente alterada, e d'ahi as perturbações da marcha e a agitação dos braços e das mãos. O choreico caminha difficilmente, o andar é indeciso, vacillante, parece que vae successivamente sentindo fraquear a perna sobre que apoia o corpo e leva precipitadamente a outra para diante com o fim de evitar uma quéda; falsea repetidas vezes. Quando a desordem motora torna-se mais consideravel, a marcha é quasi impossivel; se o doente tenta caminhar, descreve linhas tortuosas, dá pequenos saltos, projecta o corpo em todos os sentidos, choca-o contra diversos objectos, e frequentemente é victima de quédas.

Finalmente, em casos mais graves a marcha é impossivel e o doente é obrigado a não deixar o leito, mas a instabilidade muscular continúa e o tegumento cutaneo se escoria nos pontos mais attritados. Ziemssen viu contracções symetricas dos musculos gluteos tão intensas, que os pés não podião tocar o solo e o doente ficava suspenso aos braços das pessoas que o acompanhavão.

O trabalho manual é impossivel, as funcções dos membros superiores são mais ou menos compromettidas: o choreico conserva ainda a influencia da vontade sobre a producção dos movimentos de apprehensão; estes, porém, são defeituosos, porque ao lado da contracção devida a uma excitação consciente ha contracções involuntarias que põem em jogo outras massas musculares e prejudicão o trabalho synergico dos musculos antagonistas. Elle pode levar a mão á cabeça, mas não segue a linha recta como no estado normal; ao contrario, leva-a ao peito, á espadua, á face e só no fim de algumas tentativas consegue collocal-a sobre a fronte, onde com difficuldade a mantem. Como bem diz Sydenham, « quando se apresenta ao doente um copo com agua, antes que o possa levar á bocca, elle fará mil contorsões; a mão agitada loucamente por um espasmo, não pode dirigir o copo em linha recta, e o conteudo é entornado; quando por um feliz acaso consegue approximal-o aos labios, avidamente, de um só trago, bebe todo o liquido. » (Sydenham).

Ja fallamos na arythmia, nas palpitações cardiacas observadas em muitos casos. Para Benedikt e Spitzmüller é uma verdadeira choréa do myocardo e o sopro terá lugar quando os musculos papillares se contrahirem irregularmente.

Os espasmos choreicos do coração, como quer Spitzmüller, só poderáõ ser admittidos em casos muito especiaes e ainda com muita reserva. Explicaremos todas estas perturbações pelo estado anemico, pela dyscrasia tão commum nos choreicos, como pensa Reeves; ou pela existencia concumitante de uma endocardite como acreditão Roger e Dickinson.

A symptomatologia que descrevemos não é completa em todos os doentes, ella o é, porém, na maioria dos casos, porquanto re-

sulta das observações de Sée, Pye-Smith e de muitos outros pathologistas, que a choréa generalisada, a fórma bi-lateral é a mais frequente. Em 223 casos pertencentes a diversos auctores, G. Sée encontrou 143 vezes a choréa bi-lateral; nos 150 doentes de Pye-Smith 117 tinhão movimentos choreicos nos dous lados. Depois da choréa geral a fórma mais commum é a unilateral ou a hemi-choréa propriamente dita. Sée encontrou-a 64 vezes nas 223 observações, Pye-Smith dá a proporção de $^{85}/_{150}$, Russell de $^{29}/_{97}$. São raros os casos em que os movimentos localisão-se em uma unica parte do corpo, em um membro sómente. Starres, de Philadelphia, diz ter observado juntamente com o Dr. Wood uma choréa limitada á perna, ante-braço e mão do lado esquerdo. Landouzy cita uma observação de fórma paraplegica. Haën refere um caso de choréa parcial limitada á perna esquerda e Thiermary outro, em que o braço esquerdo era o unico affectado.

Convém notar que a denominação de choréa parcial tem sido desvirtuada e empregada muitas vezes erroneamente de modo a produzir uma verdadeira confusão. Com effeito, alguns medicos applicão o nome de choréa parcial chronica a molestias que não são mais do que ticos e espasmos convulsivos. Trousseau chama choréa parcial á caimbra dos escriptores; Schrotter e Leffert denominão choréa-laryngis a certas fórmas de tosse convulsiva; Concato decora com o mesmo titulo uma observação por elle tomada, em que havia contracções irregulares e intermittentes no longo peroneiro lateral. Esta restricção feita, poderemos dizer que os casos de choréa parcial são muito raros, que geralmente esta é a consequencia de uma choréa total ou unilateral, que acaba por se fixar em um dos membros. O mesmo repetiremos á respeito da fórma cruzada que Baumés, Richter e Wöltge dizem ter observado.

Na choréa geral ha um facto curioso que tem preoccupado alguns pathologistas, e que é apresentado como argumento contra a theoria ingleza do embolismo capillar — a predominancia dos movimentos em um dos lados; no começo da molestia, muitas vezes no lado direito ou mais geralmente no esquerdo, manifestão-se os movimentos choreiformes, quando no lado opposto apenas alguns estre-

mecimentos se fazem notar, razão por que, não poucas vezes, a hemi-choréa parece preceder a choréa geral.

Na hemi-choréa o lado esquerdo é mais frequentemente affectado que o direito. Cadet de Gassicourt, no seu recente livro sobre pathologia infantil affirma não ter observado esta predominancia, antigamente assignalada por Ewart, Gardane, De-Haën e depois verificada por Sée (37 choréas esquerdas e 27 direitas) e por Pye-Smith, que encontrou 18 choréas esquerdas e 15 do lado direito. Se pois a choréa affecta mais vezes o lado esquerdo, esta circumstancia não póde ser elevada á altura de lei pathologica.

Os movimentos choreicos que acabamos de descrever manifestão-se não sómente por occasião dos actos voluntarios, como tambem em sua ausencia, durante o repouso, expontaneamente, ou sob a influencia de qualquer causa. As contracções choreiformes são effectivamente influenciadas por certas circumstancias ; assim as emoções, as contrariedades, as vicissitudes atmosphericas, a fadiga muscular (quando se emprega a gymnastica como meio de tratamento) exacerbão os movimentos anormaes.

O somno tem acção inteiramente opposta: as contracções incoerciveis cessão completamente. Em 158 doentes de G. Sée esta regra sómente seis vezes deixou de ser observada, e Cyon, querendo explicar taes excepções diz que n'esses casos a molestia é produzida pelo mecanismo do acto reflexo e determinada pela pericardite, endocardite rheumatica, ou por affecções uterinas, vermes intestinaes, etc. A explicação não serve, e Ziemssen com razão faz notar a raridade dos casos em que o somno não influe sobre as perturbações da motilidade, e a frequencia relativa da choréa de origem reflexa.

Nas choréas graves nenhuma remissão apresenta a ataxia durante o somno, este em alguns casos é completamente impossivel e a insomnia prolongada aggrava o estado do doente.

Gubler, citado pelo professor Raymond, viu no serviço de Trousseau, em 1843 uma choreica em que os movimentos não erão moderados pelo somno, e que falleceu algumas semanas depois, apresentando usura completa das partes molles em differentes lugares.

Outra circumstancia é necessaria para que com o somno coincida o repouso muscular — deve ser calmo e não interrompido por sonhos.

Quando a ideação não se acha completamente aniquillada, ella origina impulsões motoras que transmittidas á medulla despertão a sua actividade; a medulla reage, mas reage com a modalidade anormal e os movimentos choreicos são a consequencia.

O somno artificial provocado pela chloroformisação e pelos narcoticos produz os mesmos beneficios que o somno natural.

Como dissemos em alguns casos o apparelho muscular interno é invadido; a rapidez da deglutição é devida provavelmente á um espasmo do pharynge; o grito, assignalado por alguns auctores, semelhante ao das hystericas, depende de uma contracção brusca dos musculos laryngêos. Ultimamente, em fins do anno passado, Blachez apresentou uma memoria sobre a choréa do larynge, baseando-se em duas observações pessoaes. Admitte uma fórma especial affectando sómente o larynge, fórma muito rara, accrescenta Blachez, pois que poucos pathologistas a têm verificado. Acreditamos que as duas observações de Blachez não autorisão a admissão de uma choréa especial, exclusivamente limitada ao larynge sem participação do systema muscular externo. Tal affecção merece antes o nome de espasmo dos musculos laryngeanos; convém não desvirtuar a significação da palavra choréa.

Meigs e Peffier observárão a retenção de urina com alterna-tivas de micção natural. Sobre os movimentos da iris Cadet de Gassicourt menciona uma observação curiosa: um doente, cuja pupilla dilatava-se e estreitava-se alternativamente fóra da acção da luz.

DAS PARESIAS NOS CHOREICOS

O enfraquecimento muscular é um phenomeno frequente nos choreicos; a paralysia completa é rara. O estudo das perturbações paralyticas na choréa é moderno, e a minuciosa monographia publicada pelo Dr. Gustave Ollive resume em poucas paginas tudo o que se tem dito sobre tal assumpto [1].

---

[1] Gustave Ollive. *Paralysias nos choreicos.* 1883.

Foi Todd (*Clinical lectures on paralysis*, 1856), diz Samuel Wilks, o primeiro que chamou a attenção do mundo medico para o symptoma que denominou hemiplegia choreica e cuja pathogenia e anatomia pathologica tentou apresentar : « Em muitos doentes, diz Todd, os movimentos choreicos são mais pronunciados n'um lado do que no outro, e algumas vezes limitados a um só ; o doente tem hemiplegia. Quando em taes casos os movimentos choreicos cessão, os membros que tinhão sido agitados ficão paresiados. Este phenomeno se assemelha até certo ponto á hemiplegia dependente de lesão cerebral, da qual, entretanto, se distingue pelos caracteres seguintes : 1.º a paralysia da face é rara ou incompleta; 2.º a lingua apresenta apenas uma incoordenação caracteristica; 3.º nos membros paralysados ainda existe o movimento choreico, posto que em pequeno grão. » Todd apresenta tres observações, sendo em duas a paresia no lado direito. Trousseau é de opinião que a coincidencia da agitação convulsiva e do enfraquecimento muscular é um facto commum na choréa, que a paresia affecta de preferencia os membros mais agitados pelas contracções incoerciveis, e que o desapparecimento d'estas quasi sempre precede de pouco tempo a cura dos phenomenos paralyticos ; nos casos desfavoraveis a paralysia se complica de atrophia muscular constituindo então uma enfermidade mais ou menos duravel.

Niemeyer, Jaccoud, Grisolle, Hammond, Grasset, Raymond, não mencionão a paresia entre os symptomas possiveis da choréa. Picot, Axenfeld, Lepine, nada adiantão, e poucas linhas consagrão ao assumpto. Charles West é mais minucioso : « A violencia dos movimentos choreicos esgota necessariamente a acção muscular, mas ha casos em que o enfraquecimento não está em relação com a intensidade dos movimentos e é esta choréa que denominamos — choréa molle — (limp-choréa), designação que a caracterisa tão bem como o termo mais scientifico da choréa paralytica. Taes casos não são raros, e geralmente têm pouca gravidade. Observa-se durante alguns dias perda de forças, tão completa como na paralysia diphterica ; mas a força muscular nunca é perdida de uma maneira permanente, posto que algumas vezes só reappareça

no fim de um tempo mais ou menos longo. Em outros casos os movimentos involuntarios são tão insignificantes que escapão á observação, e a affecção sendo parcial, é considerado como paralytico o individuo que arrasta uma das pernas ou serve-se com difficuldade e imperfeitamente de um dos braços, o seu estado causa uma anxiedade consideravel sem motivos. West refere a observação de uma doente, que depois de melhora apparente foi accommettida de uma paralysia que a obrigou a manter-se no leito, e a impediu de comer, e mesmo de fallar. O tratamento pela strychnina foi instituido, e no fim de dez semanas já a doente caminhava com lentidão, recuperando depois completamente as forças. Em outras duas observações os symptomas paralyticos dominárão o quadro morbido emquanto durou a molestia.

Cadet de Gassicourt insiste sobre a curabilidade da paresia dos choreicos e affirma que em todos os casos de sua clinica, mesmo n'aquelles em que a choréa tinha reincidido uma e duas vezes, os phenomenos paralyticos acabárão por desapparecer completamente.

Em uma memoria apresentada á Associação Medica de Cambridge em 1880, Gowers discute com proficiencia, extensamente a questão das paresias nos choreicos e termina a sua communicação nos seguintes termos: « Todas as vezes que uma criança de 7 a 15 annos apresentar perda gradual de força nos braços, sem peresia da face, da lingua, da perna, a molestia, em minha opinião, é a choréa, e se o doente fôr observado com cuidado, descobrir-se-ha por fim no braço enfraquecido, ou no outro um signal importante — movimentos espasmodicos occasionaes ».

Para terminar este curto historico, diremos que Bouteille, á cuja observação perspicaz nada escapava, já tinha notado a flacidez, o relaxamento das fibras musculares nos membros affectados e censura Sydenham por ter dito que a choréa era uma especie de convulsão, quando ao contrario mais parecia uma especie de hemiplegia. Bouteille, pois, fazia reviver a opinião de Stoll que, considerando a debilidade dos movimentos voluntarios como o primeiro gráo da paralysia, estabelecia estreitas relações entre esta e a dansa de S. Guido.

Os symptomas paralyticos precedem, acompanhão, ou o que é mais frequente, seguem os movimentos choreicos.

No primeiro caso ha uma especie de periodo prodromico em que os doentes tornão-se tristes, timoratos, irasciveis, inhabeis para os trabalhos manuaes e vacillantes durante a marcha. Em seguida manifesta-se em um dos braços, ou nos dous menos vezes, o enfraquecimento que se vai augmentando progressivamente. A paralysia completa dos membros é rara e Charcot só cita uma observação. Os reflexos tendinosos são abolidos e a sensibilidade conservada. Quasi sempre ha pequenos movimentos choreicos no braço mais fraco, e mais vezes ainda no outro; em alguns casos a perna é séde de convulsões choreicas pouco intensas.

A terminação se faz por dous modos: ou a paresia só perturbada pela agitação choreica desapparece pouco a pouco, ou á medida que o membro recupera sua força as contracções incoerciveis augmentão e a choréa apresenta-se com todo o seu cortejo de symptomas.

Quando a paralysia manifesta-se durante a choréa a forma mono-plegica é a mais commum; um dos braços mais vezes o esquerdo perde pouco a pouco os movimentos desordenados, enfraquece-se e acaba por ficar quasi immovel, ligeiramente agitado por contracções spasmodicas. As formas hemiplegica e paraplegica são menos frequentes.

Modificações da sensibilidade

Os symptomas que os choreicos apresentão para o lado da sensibilidade não são tão importantes como os da motilidade que só por si podem caracterisar a molestia; comtudo são interessantes, mostrão pontos de semelhança entre esta nevrose e a hysteria, e fornecem bases a uma theoria sobre a natureza e sede da affecção. A sensibilidade dos choreicos pode ser encontrada em dous estados completamente oppostos — diminuida ou abolida e exaltada; em uns

ha anesthesia incompleta ou raramente completa, em outros domina a hyperesthesia.

Phenomenos dolorosos. — Um dos factos curiosos na symptomatologia da dansa de S. Guido é a facilidade com que os doentes supportão as contracções incoerciveis; ellas não determinão rapidatamente a fadiga e o esgotamento como se poderia suppor, ao contrario, os individuos não accusão cansaço e parece que pouco se preoccupão com a ataxia muscular. Alguns sentem dores vagas na continuidade dos membros e nas articulações principalmente. As dores articulares ora não são mais do que um effeito da mesma diathese que provocou a choréa e então apresentão os caracteres das dores rheumaticas: tumefacção peri-articular, rubor da pelle, sensibilidade á pressão, exasperação pelo movimento e calor do leito, extensão a muitas articulações, etc. Outras vezes não dependem de processo irritativo, são comparaveis as que figurão no vasto quadro symptomatico da hysteria e devem ser consideradas como phenomenos puramente nervosos.

A cephalalgia occipital, frontal ou parietal é observada em alguns casos. Jackson e Hermann notarão 63 vezes a cephalalgia paroxistica em 70 casos; tem-se comtudo exagerado a sua frequencia.

Triboulet e Stiebel forão os primeiros a indicar a existencia de pontos dolorosos á pressão no trajecto dos nervos rachidianos, pontos dolorosos já verificados nas nevralgias por Valleix e que tambem se encontrão na hysteria e na epilepsia, etc. Para se achar estes pontos, aos quaes os discipulos de Triboulet derão o nome do seu mestre, é preciso proceder de um modo semelhante áquelle que Valleix indica: comprimir successivamente com a extremidade do dedo toda a extensão dos nervos e de suas ramificações sem deixar escapar um só ponto. Por este meio chega-se a limitar perfeitamente a extensão dos pontos dolorosos e reconhece-se que não tem mais do que um ou dous centimetros de diametro, e que muitas vezes a 5 ou 6 millimetros distantes a dôr á pressão cessa bruscamente. Nos pontos dolorosos descriptos por Valleix nas nevralgias quando a pressão tem despertado uma dôr viva em um

ponto limitado, acontece que nem sempre é possivel repetir a experiencia; será preciso esperar por alguns momentos para que a dôr se reproduza com a mesma intensidade que na primeira vez. Na choréa é quasi sempre possivel provocar dôr nos mesmos pontos sem deixar intervallo nas explorações; á medida que a pressão augmenta a dôr torna-se mais intensa e provoca movimentos cada vez mais desordenados.

Os pontos dolorosos na choréa occupão as mesmas posições indicadas por Valleix nas nevralgias e achão-se collocados: 1.° nos pontos de emergencia dos troncos nervosos; 2.° nos pontos em que os filetes nervosos dirigindo-se para a pelle atravessão os musculos; 3.° nos pontos onde os ramusculos terminaes vem-se espraiar nos tegumentos; 4.° nos lugares em que os cordões nervosos tornão-se muito superficiaes. Vejamos quaes esses pontos nos differentes nervos e plexus.

Nervo trigemeo. — 1.° Ramo ophtalmico: pontos super-orbitario, palpebral, nasal e ocular. 2.° Maxillar superior: pontos suborbitario, malar, dentario e gengivaes, labial superior (pouco importante) e palatino (raro); 3.° Maxillar inferior: pontos temporal, temporo-maxillar, mentoniano, lingual, labial inferior.

Plexus cervical. — 1.° ponto occipital ao nivel das duas primeiras vertebras, na emergencia do grande nervo occipital atravez do musculo complexus; 2.° ponto mastoidiano, ao nivel da apophyse mastoide; 3.° ponto parietal na bossa parietal 4.° ponto auricular na concha do pavilhão da orelha.

Plexus brachial. — 1.° ponto cervical inferior no angulo formado pela clavicula com o acromio; 2.° ponto deltoidiano na parte media do deltoide; 3.° ponto radio-humeral na gotteira radial; 4.° ponto axillar no apice da axilla; 5.° ponto epitrochleano no lado posterior da epitrochlea; 6.° ponto cubito carpiano na região antero-interna do carpo.

Plexus lombar. — Ramos collateraes: 1.° ponto lombar um pouco para fóra das primeiras vertebras lombares; 2.° ponto illiaco pouco acima do meio da crista illiaca; 3.° ponto hypogastrico

acima do annel inguinal, para fóra da linha branca; 4.º ponto inguinal no meio do ligamento de Fallope; 5.º ponto scrotal ou do grande labio. Os ramos terminaes deste plexo apresentão os seguintes fócos dolorosos: inguinal, cruraes, condylo-rotuliano interno, malleolar interno, plantar interno e metatarsiano.

Plexus sacro. — Pontos dolorosos: 1.º lombar acima do sacrum; 2.º sacro-illiaco na articulação sacro-illiaca; 3.º illiaco no meio da crista illiaca; 4.º gluteo no apice da chanfradura sciatica; 5.º trochanterianos superior, medio e inferior ao nivel das origens dos principaes nervos collateraes do sciatico; 6.º poplitêo na bifurcação do sciatico; 7.º rotuliano no bordo externo do rotula; 8.º peroneo-tibial na articulação do tibia com o peroneo; 9.º peroneiro no colo do peroneo, malleolar na parte posterior do malleolo externo; 10.º plantar externo; 11.º dorsal do pé.

Em alguns doentes e quando a choréa é geral e grave todos os pontos que acabamos de mencionar são dolorosos, ainda que com differente intensidade; se os movimentos choreiformes são mais pronunciados em um lado do corpo os pontos de Valleix ou de Triboulet ahi são mais sensiveis; finalmente na hemi-choréa a dôr só existe no lado affectado. Ha pois uma estreita correlação entre o movimento choreico e a hyperesthesia dos fócos dolorosos; assim a intensidade da dôr pela pressão augmenta ou diminue quando a ataxia choreica exagera-se ou decresce, e os movimentos se exasperão pela pressão.

O estudo dos pontos de Triboulet na choréa data de poucos annos, os pathologistas ainda não poderão verificar completamente as observações feitas por Triboulet, Rousse, Mahomed Saïd e Cartier, seus discipulos. O que se pode affirmar é que não são tão constantes como pretendem esses medicos.

Rosenbach e Seifert tambem fallão de pontos dolorosos ao longo da columna vertebral, ao nivel da 8.ª e 10.ª costellas e no ponto em que o nervo accessorio penetra no trapezio.

Phenomenos de anesthesia. — Em alguns choreicos longe de haver dôr ha ao contrario diminuição da sensibilidade cutanea; a analgesia incompleta é mais frequente que a anesthesia tactil. A

anesthesia completa é muito rara. Russel refere a observação de uma mulher hemi-choreica em que as impressões auditivas, olfactivas, oculares e gustativas erão menos pronunciadas em um lado (direito) do que no outro. Acreditamos que nesta doente não havia a hemi-choréa propriamente dita, mas uma hemi-choréa symptomatica, tanto mais que a observação diz — notava-se abolição completa da sensibilidade geral, hemi-anesthesia — facto frequente nas hemi-choréas ligadas a alterações materiaes do cerebro.

A sensibilidade electrica foi examinada pelo professor Rosenthal.

A excitabilidade dos nervos sensitivos é exagerada, a pelle recebe facilmente impressões dolorosas quando explorada mesmo por correntes fracas. Collocando-se os polos de uma corrente continua ou por inducção na região cervical ou dorsal do rachis obtem-se sensações excentricas na extremidade dos membros. A contractilidade electro-muscular é augmentada no lado mais affectado.

DO ESTADO MENTAL NOS CHOREICOS

Ao redor do elemento convulsivo que constitue o symptoma essencial da choréa, grupão-se outros que se não tem a mesma importancia sob o ponto de vista do diagnostico, pois que se encontrão tambem em outras nevroses, figurão comtudo entre os mais frequentes e interessantes. Taes são os que se referem ao estado mental, magistralmente discutidos na Academia de Medicina de Pariz por Marcé, Blache, Trousseau e Bouvier.

O estado mental nos choreicos appresenta perturbações diversas desde a indisposição moral, a menos accentuada, a perturbação intellectual a mais insignificante até a melancolia e o idiotismo, desde a hallucinação isolada até o delirio o mais completo.

Taes desordens psychicas já tinhão sido entrevistas por Cullen, que dizia que na choréa o espirito era muitas vezes affectado de um certo grão de fatuidade e appresentava frequentemente as mesmas emoções passageiras, variadas e inexplicaveis que na affecção hysterica. Segundo Bouteille o idiotismo passageiro, mas bastante pronunciado para aterrorisar os parentes do doente, é

um dos symptomas especificos da choréa essencial. P. Frank menciona as alterações da memoria, J. Frank o delirio como um accidente possivel.

Blache falla de modificações da sensibilidade moral e Georget de um certo gráo de embecilidade. Moynier entre outras, cita uma observação curiosa de choréa complicada de mania. Modernamente Marcé tendo examinado cuidadosamente durante tres annos as perturbuações psychicas nos choreicas submetteu-as a um exame rigoroso e dos mais completos, e soube evitar as conclusões perigosas de uma generalisação prematura.

As perturbações intellectuaes não se encontrão em todos os choreicos, em muitos d'elles, um terço, segundo Marcé (21 em 57 doentes), ha uma immunidade completa para as desordens mentaes. Blache crê ainda que Marcé exagerou muito a frequencia das perturbações da sensibilidade moral e da intelligencia, as quaes devem ser attribuidas menos á choréa do que á hysteria, que a complica, e á idyosencrasia do individuo que domina a molestia e lhe modifica o aspecto.

Esta immunidade não é explicavel nem pela idade ou pelo sexo, nem pela intensidade e extensão dos movimentos choreicos, nem pela fórma aguda ou chronica da molestia. O que se póde affirmar é que o enfraquecimento das faculdades intellectuaes é mais commum nas choréas chronicas e de longa duração, mas esta probabilidade não póde ser transformada em lei. Marcé cita duas observações de choréas chronicas em que os doentes offerecião um contraste completo entre a intensidade dos movimentos e a lucidez perfeita da intelligencia.

Modificações da sensibilidade moral. — Em $^2/_3$ dos doentes observa-se uma mobilidade nervosa, alternativas de excitação e de depressão, como na hysteria: são impacientes, irasciveis, taciturnos, rebeldes e pusillanimes ao mesmo tempo, riem-se depois de terem chorado pelos motivos os mais futeis. Estes phenomenos, como já vimos, são frequentes no começo da molestia.

Perturbações intellectuaes. — As perturbações da intelligencia quasi sempre acompanhão as modificações da sensibilidade moral e

consistem em enfraquecimento da memoria, diminuição da força de attenção e obtusão das ideias. As vezes a intelligencia acha-se tão entorpecida que os doentes esquecem-se da leitura e da escriptura (Brouardel).

Hallucinações. — Marcé affirma que as hallucinações dos choreicos são identicas ás dos alienados. Manifestão-se no periodo intermediario á vigilia e ao somno ou precedem este de poucos minutos. Umas se produzem com fraca intensidade e são passageiras, outras pela vivacidade e duração indicão uma excitação mais ou menos forte do cerebro. Geralmente limitadas á vista ellas podem ter por séde a audição e a sensibilidade geral; são encontradas na choréa simples, porém mais frequentemente quando esta se complica de phenomenos hystericos; não appresentão gravidade e só excepcionalmente conduzem ao delirio. Com effeito a choréa póde se complicar logo no seu inicio ou mais tarde de delirio maniaco e então a morte sobrevem quasi sempre no meio de accidentes ataxicos. Em algumas observações de Marcé o delirio não parece depender unicamente da nevrose, mas reconhecer antes por causa o rheumatismo articular agudo, a meningite ou uma congestão cerebral.

Funcções organicas. — Para terminar o quadro symptomatico da choréa, resta-nos mencionar as alterações das funcções da vida organica. O appetite é geralmente diminuido, caprichoso; ha nauseas, dôres epigastricas, constipações e outras vezes accidentes que se assemelhão aos do embaraço gastrico.

Os movimentos do coração em muitos doentes são irregulares, tumultuosos, desordenados, intermittentes e acompanhados de sopro (Choréa de Reeves). Este é geralmente a expressão da dyscrasia sanguinea, da anemia que é uma das primeiras consequencias da choréa, e póde ser observado ao lado do cortejo symptomatico que costuma acompanhal-a: descoramento da pelle e das mucosas, ruido de sopro nas arterias, fremito felino, pulso amplo e molle, as vezes dicroto, perturbações da menstruação, emmagrecimento.

A choréa é uma molestia apyretica, que se processa sem reacção

febril e quando esta se manifesta é devida a qualquer complicação que vem perturbar a evolução regular da nevrose.

Ultimamente alguns auctores procurarão obter dados do exame das urinas, mas dos resultados a que chegarão nada se póde concluir de positivo. Handfield Jones notou um augmento de acido phosphorico durante o segundo periodo; Lawson Tait em uma mulher gravida encontrou a glycosuria; Stiebel e Veghelm notarão diminuição dos saes de calcio; Bence Jones, Kelly e Russell a azoturia.

MARCHA, DURAÇÃO, TERMINAÇÃO

Marcha. — A choréa é uma molestia de marcha lenta e quasi continua, sujeita a recrudescencias e remissões na intensidade dos symptomas durante o ultimo periodo. Como quasi todas as molestias a dança de S. Guido percorre em sua evolução tres phases ou periodos : o 1.° é o periodo inicial em que os symptomas da motilidade se manifestão sómente em certos grupos musculares e o caracter do doente começa a modificar-se. Os movimentos choreicos em seguida accentuão-se cada vez mais, generalisão-se ou ficão limitados a um só lado do corpo; as modificações da individualidade psychica exagerão-se e a molestia attinge o seu apogêo ou 2.° periodo, ou periodo estacionario.

No 3.° os symptomas vão diminuindo lentamente : as contracções incoerciveis tornão-se menos frequentes, os movimentos voluntarios vão adquirindo precisão, as funcções intellectuaes restabelecem-se pouco a pouco. Esta ultima phase nem sempre é regular, ao contrario poucas vezes o desapparecimento dos symptomas se faz gradualmente. Na maioria dos casos a molestia appresenta em sua marcha verdadeiras oscillações; muitas vezes quando a cura parece estar proxima uma recahida tem lugar e a incordenação motora torna-se mais pronunciada juntamente com os outros symptomas. As melhores alternão com as exacerbações e as emoções tem uma influencia prejudicial sobre a intensidade dos movimentos (Ziemssen).

Thilenius admittia em 1816 tanto na choréa chronica como

na fórma aguda quatro periodos: o 1.º era o periodo prodromico; o 2.º aquelle em que a molestia se achava definitivamente constituida com a symptomatologia completa; o 3.º correspondia ao apogêo, quando a intensidade dos symptoma attingia seu maximo; 4.º o periodo de terminação. Assim procedendo Thilenius commettia um erro de observação porque os phenomenos graves que constituião o 3.º periodo não são frequentes na choréa, antes são mui raros.

As choréas intermittentes são rarissimas e a periodicidade só se observa quando ha complicações devidas ao miasma palustre. Fóra d'estas condições póde-se affirmar que não ha facto algum registrado na sciencia de choréa de marcha intermittente. Rufz e Bouteille citão duas observações: a 1.ª porém é negada por muitos auctores; a 2.ª não merece confiança porque o seu auctor não a observou, como elle mesmo confessa, mas recebeu-a por communicação verbal de uma mulher, mãe da doente, e termina dizendo que em sua clinica não encontrou um só caso de choréa periodica. É claro que fallando da intermittencia nos referimos a todos os symptomas e pomos de parte a intermittencia dos movimentos choreicos devida a acção benefica do somno.

Duração. — A dança de S. Guido é molestia de longa duração. Os symptomas só cessão segundo a maioria dos clinicos no fim de dous mezes, e ainda depois d'este prazo os individuos conservão vestigios da molestia: entorpecimento intellectual, embaraços na dicção, anemia mais ou menos profunda, perturbações digestivas, spasmos em certos musculos, paresia em outros, etc. Estes phenomenos mais tarde dissipão-se e o restabelecimento é completo.

Nem todos os pathologistas dão a duração que indicamos e as divergencias explicão-se pela difficuldade em isolar a influencia das medicações empregadas, do sexo, e da intensidade dos symptomas. Se a choréa é mais commum nas mulheres parece que n'ellas tambem o desapparecimento dos movimentos choreicos se faz mais lentamente. A violencia d'estes influe pouco sobre sua duração; das observações feitas por Barthez resulta entretanto que quando os sym-

ptomas são mais intensos persistem por mais tempo e a choréa dura então de 2 a 3 ou 3 a 6 mezes. As excepções são comtudo frequentes; ha choréas violentas que terminão em menos de um mez e outras benignas que prolongão-se muito e tornão-se chronicas.

Segundo os Snrs. Rilliet e Barthez a duração mais commum estaria entre 1 e 2 mezes. Em 235 doentes que observarão, os resultados forão os seguintes:

28 doentes	— terminação em menos de um mez.	
96 »	duração de 1 a 2 mezes.	
58 »	» » 2 a 3 »	
29 »	» » 3 a 6 »	
5 doentes	— duração —	de 6 mezes a 1 anno.
9 »	»	de mais de 1 anno.
10 »	»	indeterminada.

G. Sée em 117 choreiros encontrou como duração média 69 dias; Wiche 3 mezes em 125 casos; Hillier 70 dias em 30; Trousseau e West não fixão data alguma. Para Rufz a choréa faz sua evolução em 31 dias, termo medio, e para Dufossé em 57. Cadet de Gassecourt de accôrdo com os factos de sua clinica é de opinião que na maioria dos casos a duração oscilla entre 2 e 3 mezes. Gray e Tuckwell dizem que quando a molestia é abandonada a si mesmo e se adopta o methodo de expectação a cura tem lugar geralmente depois de 11 semanas, e de 9 $^1/_2$ quando o tratamento arsenical é emgregado.

Reincidencias e recahidas. — Sydenham já tinha notado que a choréa é muito sujeita á reincidencias. A criança que uma vez teve movimentos choreicos está sujeita a repetição e não deverá considerar-se completamente livre da nevrose senão no fim de muito tempo, de alguns annos. Os intervallos que separão as reincidencias varião, desde semanas e mezes até 5, 6 e mesmo 8 annos. O outomno é a estação em que ellas são mais frequentes, o que não deve admirar porque as manifestações outras do rheumatismo tambem preferem essa época do anno. Os ataques não tem a mesma intensidade, ha uma diminuição constante e continua; tornão-se menos graves e menos duradores, mais fracos.

Rilliet e Barthez mencionão uma curiosa observação: em uma menina de 7 annos a ataxia choreica appareceu depois de uma forte emoção, durou 4 mezes e manifestou-se novamente depois de

uma pausa de 2 mezes. Durante 8 annos esta doente appresentou alternativas de doença e de cura, de modo a não passar 4 mezes sem apresentar os movimentos choreicos que apparecião e cessavão sem causa conhecida. A molestia mostrou-se rebelde a todo tratamento e o estabelecimento da menstruação nenhuma influencia exerceu sobre ella.

Em 64 choreicos Cadet de Gassincourt observou 20 reincidencias : 18 tiverão 2 ataques, um teve tres e outro 4. — Germain Seé em 150 doentes encontrou 17 que tiverão 2 ataques, 13 em que a choréa reincidiu 2 vezes, 6 tres vezes e 7 em outro. Rilliet e Barthez em uma serie de 144 choreicos notarão que 58 forão atacados uma só vez e 85 muitas, que as reincidencias tiverão lugar sómente uma vez em 66, duas em 19, 3 em tres, 4 em quatro, 5 em um, e 7 em dous.

Terminação. — A cura é a regra, a morte a excepção. A cura completa é ainda a terminação a mais commum ; a cura incompleta consiste na persistencia de phenomenos que impedem o restabelecimento integral das funcções psychicas e indicão decadencia intellectual, taes como um certo gráo de idiotismo, a mania, a melancolia, ou apenas a exasperação da sensibilidade moral ; outras vezes os individuos conservão alguns vestigios da incoordenação motora que agitou o systema muscular da vida de relação : spasmos parciaes e certos ticos que tornão-se chronicos.

A morte como resultado final da choréa e devida sómente a esta molestia é pouco observado. Raymond conseguio reunir apenas 30 casos. Ella póde ser provocada por tres condições:

1.ª Pelo esgotamento nervoso consecutivo á ataxia choreica, quando esta tem sido violenta e de longa duração.

2.ª Por inanição, quando as contracções desordenadas dos musculos da bocca e do pharynge impedem totalmente a alimentação.

3.ª Por esgotamento das forças, consecutivo ao estado de cachexia em que cahem os doentes, quando as contracções incoerciveis tem produzido feridas, supuração abundante e gangrena das partes molles. Quando os movimentos são continuos e tenazes, e não cessão durante o somno, o emprego da camisola de força

poucos beneficios traz ao doente, porque se impede os choques e os deslocamentos não evita o attrito do corpo sobre as roupas que o envolvem e as excoriações numerosas ; a pelle gasta-se, como diz Trousseau.

4.ª A terminação funesta em alguns doentes corre por conta do rheumatismo que de sub-agudo, do qual segundo Roger a choréa é expressão, torna-se agudo ou super-agudo; os vomitos, a febre, o delirio e depois o coma e a morte terminão então a scena morbida.

5.ª Finalmente na maior parte dos casos, a choréa não é a causa da morte, mas sim as lesões cardiacas concumittantes e as affecções intercurrentes.

Complicações

Febris accedens spasmos solvit.
(Hippocratis).

Molestia de longa duração não admira que a choréa em sua marcha regular possa ser perturbada por numerosas affecções, febrís ou não, que evoluirão com sua modalidade habitual, como se o caracter de intercurrencia que lhes dá a persistencia de um outro estado morbido não existisse.

A choréa nenhuma influencia exerce sobre a marcha e as consequencias das molestias que a vem complicar, mas algumas d'estas modificão de modo notavel a duração e a terminação da nevrose. Dentre as complicações as mais communs e as que mais attenção merecem são: o rheumatismo articular e cardiaco, as psychoses, a hysteria, a epilepsia, e as febres exanthematicas.

Rheumatismo. — Se a diathese rheumatica é um elemento muito frequente, segundo uns, e quasi indispensavel segundo outros, na etiologia da dansa de S. Guido; se na maioria dos casos esta affecção

não é mais do que o resultado do rheumatismo cerebral sub-agudo, mais commum e mais benigno na infancia do que na idade adulta: é natural que os outros accidentes ligados ao rheumatismo acompanhem muitas vezes os symptomas choreicos. As dôres articulares, a endocardite e a peri-cardite estão n'estas condições e sobre ellas já nos estendemos quando tratamos do papel etiologico do vicio rheumatico. Diremos somente que a frequencia dos accidentes cardiacos segundo as observações de Rilliet e Barthez é a seguinte: uma vez sobre 7 nas choréas violentas, uma sobre 11 nas de media intensidade, uma sobre 13 nos casos benignos.

Psychoses. — Como vimos as perturbações da mentalidade são de importancia tal que constituem dados preciosos para o diagnostico e, relativamente á frequencia, figurão ao lado dos movimentos choreicos. Quando as alterações do estado mental revestem-se de gravidade insolita, ou manifestão-se sob aspecto differente d'aquelle que assignalamos, ellas constituem verdadeiras complicações. Thore cita um caso em que ao lado de hallucinações sensoriaes havia monomania suicida; Mildner outro de mania-aguda. Estas complicações, observadas quasi que exclusivamente em individuos predispostos por influencia hereditaria ás affecções cerebraes, são entretanto raras e não autorisão a admissão de uma especie de mania choreica.

Hysteria e Epilepsia. — Á primeira vista a hysteria poderá passar por uma complicação frequente da choréa; se attendermos porém a que certos phenomenos, taes como a sensação de constricção na garganta, de suffocação, a flexão e a extensão dos membros fazem parte da symptomatologia da choréa, verificaremos que se não existe incompatibilidade pathogenica entre as duas nevroses, se ellas não se excluem, a sua coincidencia é menos commum do que pretendem alguns auctores. Quando esta existe, qual seja a influencia de uma sobre a outra não conhecemos, e a observação dos clinicos não a tem investigado. A epilepsia só excepcionalmente é observada. Russell apresenta dous casos, aliás muito contestaveis dos quaes nada se póde concluir e nem permittem esta-

belecer um parallelo entre as duas nevroses, como pretendeu este auctor.

Affecções febris intercurrentes.—Febres eruptivas. — Quando no curso da choréa uma febre exanthematica — a variola, o sarampão ou a escarlatina — desenvolve-se, a molestia primitiva modifica-se quasi sempre e caminha rapidamente para um fim favoravel. Em uma affecção como a choréa, de symptomas permanentes, parece que as mais pequenas variações que estes experimentassem sob a influencia das febres eruptivas, poderião ser percebidas e que todos os auctores estarião de commum accordo. Tal entretanto não aconteceu, não só nos primeiros tempos da historia da choréa (historia que começa depois de Sydenham) idéas completamente oppostas forão emittidas, como ainda hoje ha opiniões que não se combinão. Com effeito se Raymond (1880) duvida que a variola e o sarampão moderem a intensidade dos movimentos choreicos e facilitem o desapparecimento da choréa, Chatillon em sua excellente these (1880), baseada em observações pessoaes tomadas na clinica do Dr. Perroud de Lyon, sustenta a influencia salutar que as febres eruptivas exercem sobre as nevroses da infancia, principalmente sobre a coqueluche e a choréa, e affirma a veracidade da fórma hypocratica: —febris accedens solvit spasmos. Se Raymond appella ainda para o futuro, Chatillon ensinua a idéa de submetter os doentes nos casos graves e rebeldes ao contagio de uma febre eruptiva e confessa ter tentado duas vezes a inoculação.

Vejamos as observações colhidas pelos differentes pathologistas e as conclusões que ellas impoem. Bouteille e Bright citão casos em que a choréa tendo sido interrompida pela evolução de um exanthema febril, seguiu depois o seu curso e dissipou-se rapidamente com ou sem o auxilio da therapeutica.

Rufz nos archivos de medicina de 1834 recusa ás molestias febris qualquer acção salutar sobre a dansa de S. Guido e nem admitte que a perturbação funccional do systema nervoso, que esta faz suppor, aggrave as pyrexias exanthematicas.

« Os choreicos não são mais vezes do que os outros doentes

accommettidos de erupções intermittentes ou affecções agudas. Cousa singular! esta affecção sempre apresentou durante e depois da molestia intercurrente, os mesmos caracteres; isto talvez não se accommode com a theoria das metastases.» Blache no artigo — choréa — do diccionario de Medicina (30 volumes) acompanha Rufz e declara não ter observado um só caso de choréa cuja duração e intensidade fossem modificadas por uma pyrexia-intercurrente. Barrier em seu tratado de pathologia infantil colloca-se tambem ao lado de Rufz, e diz que a variola, o sarampão, a escarlatina, a pneumonia e mesmo as affecções gastro-intestinaes desenvolvem e percorrem os diversos periodos com a regularidade ordinaria, sem que a choréa seja perturbada em sua marcha.

Grisolle allia-se á mesma opinião, mas já é menos positivo pois que, se affirma que na maioria dos casos as conclusões de Rufz são verdadeiras, em outros crê que succede o contrario e como prova do que diz refere dous, observados por Stoll: duas meninas choreicas em que os movimentos desapparecerão depois de uma febre petechial.

Mais numeroso é o grupo dos que relatão observações em sentido contrario. Constant conta um caso de dansa de S. Guido muito intensa, que foi attenuado pelo tratamento hydrotherapico, e o doente completamente curado por uma varicelle intercurrente, que só no periodo de invasão exasperou os symptomas da incoordenação motora.

Foi Sée quem mais esclareceu este ponto litigioso e formulou a opinião depois defendida por Barthez, Rilliet, Trousseau e modernamente por Vogel e Radcliff com pequenas modificações. Em 128 observações Sée encontrou 70 que indicavão complicações febris, sendo 25 vezes febres rheumaticas, 17 febres exanthematicas (escarlatina 10, varioloide 4, sarampão 3), 12 febres ephemeras e 16 phegmasias. Todas estas complicações produzirão os mesmos resultados: 1.º, exacerbação dos phenomenos nervosos durante o periodo de invasão e de augmento da reacção febril; 2.º, diminuição da ataxia choreica depois que a febre attingio a seu maximo de intensidade; 3.º, quando a temperatura foi-se approxi-

mando da média normal, desapparecimento rapido ou gradual da choréa, ou ainda sómente suspensão momentanea dos symptomas que reapparecerão com menos violencia e cederão facilmente aos agentes therapeuticos.

O professor Sée explica estas alternativas admittindo uma affinidade reciproca entre o movimento febril e os spasmos musculares que diminuião ou cessavão conjunctamente, ou progredião e augmentavão simultaneamente. Esta explicação lhe parecia muito razoavel, porque tinha verificado que se a febre não seguia uma marcha continua, mas apresentava phases de recrudescencia, as contracções incoerciveis só diminuião de violencia quando havia quéda da temperatura, e incrementavão-se desde que esta se elevava; finalmente que quando a morte era a consequencia da affecção febril, a jactitação choreica continuava até o aniquilamento das forças.

Em summa Sée resume a sua opinião d'esta maneira: se o systema nervoso se acha no estado normal, o erethismo febril declinando poderá perverter as suas funcções; se existem symptomas spasmodicos, a febre exagera-os emquanto augmenta ou persiste, e attenua-os quando diminue.

Os Sñrs. Rilliet e Barthez concordão em parte com o professor Sée. Em 9 doentes de sua clinica, nos quaes havia complicando a choréa uma molestia febril, 8 vezes a affecção intercurrente modificou de modo evidente a marcha da nevrose; em alguns dos choreicos o desenvolvimento da reacção febril foi logo seguido de diminuição ou desapparição dos movimentos. Trousseau, Jules Simon, Voillez, Axenfeld adoptão, ou melhor, limitão-se a expôr as idéas de Gustave Sée.

O distincto medico inglez Radcliff, em um artigo sobre a choréa, diz ter 7 observações pessoaes em que os movimentos choreicos cessarão durante o periodo da febre, e estabelece como regra: 1.°, que a choréa incrementa-se durante os estadios de calefrio e de irritação; 2.°, que diminue ou desapparece mais ou menos completamente quando o estadio de calor ou de reacção se estabelece. Finalmente Chatillon reune 14 casos de choréa complicada de pyrexias e em todos, mesmo n'aquelles em que a nevrose

datáva de mezes, a diminuição dos movimentos irregulares seguio de perto a terminação da reacção febril; elle affirma que em nenhum poude verificar a exasperação das desordens nervosas durante os prodromos, o periodo de invasão e de augmento da febre eruptiva.

Á vista deste grande numero de observações apresentadas por auctoridades insuspeitas, não nos parece razoavel a descrença que o Sñr. Raymond manifesta. Elle cita, é verdade, uma mui curiosa pertencente a Cartier, mas contra esta, além d'aquellas já mencionadas, poderiamos referir 4 outras muito eloquentes — uma de Long (these de 1860), outra de Gouel (these de 1867), e duas de Rousse (these de 1865).

A opinião extremada de Chantillon não é tambem exacta e vai de encontro aos factos clinicos e mesmo a algumas de suas observações (20.ª observação).

O sarampão, a escarlatina e a variola modificão favoravelmente a evolução da choréa, augmentando ás vezes durante o periodo de invasão a intensidade dos symptomas, que declinão em seguida mais ou menos rapidamente. Referimo-nos ás febres eruptivas porque os factos relativos a outros estados febris são em pequeno numero e queremos fugir ás consequencias de uma generalisação precipitada.

Assim pois, — as febres eruptivas, que aggravão as molestias que entrão no quadro habitual de suas complicações, attenuão ou curão as nevroses da infancia que não offerecem este caracter, a choréa e a coqueluche principalmente. De todas as febres eruptivas a que actua mais rapidamente é a variola, em seguida vem o sarampão; a escarlatina menos vezes apressa a cura, e em alguns casos augmenta a intensidade dos symptomas nervosos. Esta entretanto nas 17 observações de Sée, a figura 9 vezes. Emfim a modificação que taes complicações imprimem á choréa é tanto mais saliente quanto menos recente é a molestia.

ANATOMIA PATHOLOGICA

> Il est facile de voir, au milieu de tout cela, que la plus grande confusion règne encore dans toutes les questions d'anatomie et physiologie pathologiques de la chorée. Il n'y a rien de définitif.
>
> (J. Grasset.)

O capitulo que vamos encetar é dos mais arduos no estudo da interessante nevrose, não porque a deficiencia de elementos impossibilite os desenvolvimentos que o assumpto requer, mas inversamente porque são tantas as lesões encontradas nas autopsias, tal é a disparidade existente entre ellas, que torna-se difficil extrahir dados necessarios e rigorosos para uma interpretação pathogenica fóra do terreno das concepções hypotheticas. Numerosas hypotheses são apresentadas com o intento de explicar a physiologia pathologica da choréa, nem uma só porém resiste aos argumentos irrespondiveis tirados das descripções necroscopicas, nenhuma é sustentavel como theoria geral. O resultado será pois negativo e teremos de concluir que ainda hoje, como no tempo de Bouteille, a choréa é uma nevrose, uma affecção que não póde ser filiada a uma lesão unica e constante.

Para methodisar a ennumeração das differentes lesões, examinaremos successivamente o encephalo, a medulla e os nervos periphericos.

Encephalo. — 1.° *Hyperemia.* — A hyperemia meningo-encephalica é de todas as lesões a mais commum, nas 80 observações que o Sñr. Raymond colligio 29 vezes é indicada. Nas autopsias de Leudet (1—1853), Fuller (1—1862), Senhouse Kirkes (1—1863), Levick (1—1863), Hine (1—1864), Steiner (1—1868), Ogle

(5—1868), Roger (1—1868), Hutchinson (1—1876), Cartier (2—1876), Dickinson (5—1876), nenhuma indicação é feita sobre a séde e extensão do processo congestivo. Em 3 casos a hyperemia foi encontrada exclusivamente na pia-mater craneana, e n'um de Ogle mais pronunciada sobre toda a superficie do cerebello. Na autopsia referida por Lelion (1864) a hyperemia não só occupava a pia-mater e a substancia nervosa sub-jacente, como tambem invadia a dura-mater. A hyperemia no bulbo e na ponte de Varole foi duas vezes verificada por Ogle, e Dickinson encontrou-a 2 vezes tambem no corpo estriado, juntamente com derrames sanguineos nos espaços sub-arachnoidianos. A hyperemia das meningeas cerebraes é a mais frequente, vem em seguida a das meningeas do isthmo do encephalo e a do corpo estriado.

2.º *Amollecimento.* — O amollecimento figura ao lado das hyperemias entre as lesões mais communs nas choréas mortaes. Na observação de Senhouse Kirkes (1850) o amollecimento só era manifesto no cerebello. Nas de Thompson e Ingleby a abobada dos 3 pilares e o septum lucidum participavão do processo de necrobiose que affectava igualmente a substancia das circumvoluções. Estas em 6 observações representão a séde principal da lesão (Malherbe, Monckton, Tuckwell (3), Stabell). O corpo estriado é indicado por alguns auctores e a observação de Kelly é particularmente curiosa, porque os 2 nucleos estavão amollecidos, havia thrombose das pequenas arterias sem embolia, e degenerescencia dos capillares. A causa do amollecimento nem sempre foi encontrada, entretanto pathologistas taes como Tuckwell, Stabell, Gray, Ogle, Murchinson, Kelly, Dickinson, Huglings-Jackson, referem factos em que com o fóco necrobiotico havia obturação vascular, thrombose ou embolia. Tuckwell juntamente com o amollecimento vermelho do lobo posterior do hemispherio direito vio um coagulo embolico no ramo da cerebral posterior que irrigava a zona amollecida. Gray encontrou embolia na vertebral, no tronco basilar e na cerebral média. Dickinson achou coagulos nos vasos da base do cerebro. O caso referido por Stabell (1871) merece especial menção, porque o exame necroscopico foi cuidadosamente feito: tratava-se de um individuo

em que os movimentos choreicos forão acompanhados de endocardite e que veio a fallecer 14 dias depois da manifestação d'esta. A autopsia revelou a existencia de embolia na carotida interna esquerda, na arteria do corpo calloso e na sylviana.

A obliteração embolica dos vasos sanguineos é pois menos vezes observada do que o amollecimento; dos 14 casos referidos pelo Sñr. Raymond, só em 5 é assignalada a occlusão vascular. Muitos dos auctores que não conseguirão descobrir a particula obturadora acreditão que, quando esta não é visivel, não se póde dizer que não tenha existido, mas sim que um processo de absorpção do coagulo obturador (Bamberger e Hasse), ou a atrophia total da arteria (Meissner) é provavelmente a causa de sua ausencia; elles apoião tal asserção na existencia de lesões cardiacas em quasi todas as autopsias. Analysando o mappa do Sñr. Raymond verificamos que das 14 observações em que se nota o amollecimento 4 em que são mencionadas as vegetações da valvula mitral, só em duas ha alterações para o coração. Nas outras tres o estado do coração não é indicado.

Degenerescencia. — Sclerose. — Outras alterações não mais de caracter passivo como as embolias, porém de caracter activo ou irritativo, figurão na anatomia pathologica da choréa. A autopsia feita por Elischer em 1875 é transcripta por todos os auctores: proliferação nuclear nas cellulas da insula, espessamento do tecido conjunctivo e desenvolvimento da tunica adventicia dos pequenos vasos no corpo estriado, degenerescencia gordurosa e pigmentaria das cellulas dos ganglios centraes.

Este caso de Elischer pertence a uma choréa gravidica que attenuou-se depois do delivramento, sendo em seguida exacerbada pela endo-metrite e a morte consecutiva a peritonite puerperal.

Na doente de Meynert foi um traumatismo insignificante em um dos dedos a causa determinante da molestia, que terminou fatalmente d'ahi a 3 mezes; na autopsia encontrou-se intumescencia hyalina de grande numero do cellulas da camada cortical com degenerescencia do protoplasma, proliferação do tecido conjunctivo na

insula de Reil, nos ganglios opto-estriados, nos tuberculos quadrigemios e ao redor do aqueducto de Sylvius.

Nas autopsias praticadas por Dickinson, o auctor que as possue em maior numero — 20, duas vezes a sclerose foi encontrada: placa de sclerose na base, sclerose nas zonas irrigadas pelas cerebraes.

Além d'estas lesões — hyperemia, amollecimento e encephalite chronica — que são as mais frequentes, outras são apontadas a titulo de raridades.

Assim é que Kelly juntamente com o amollecimento dos corpos estriados, encontrou um pequeno kysto sanguineo superficial. Fox assignala em uma choréa consecutiva á emoção violenta um derrame sanguineo na cavidade arachnoidiana; Steiner o œdema cerebral e derrames serosos nos ventriculos; Peacock grande quantidade de serosidade na cavidade da arachnoide e principalmente nos ventriculos; Boscredon depositos calcareos nos plexus choroides; Weir e Aitkin o augmento de volume do hemispherio cerebral esquerdo, o augmento de densidade no lado opposto.

Estas ultimas inspirão pouca confiança, na época em que forão feitas a histologia cerebral mal era conhecida.

Medulla. — As alterações medullares são mais raras e quando existem póde-se dizer que em metade dos casos são analogas ás do cerebro. Das 80 observações reunidas pelo Snr. Raymond, em 31 notamos lesões medullares e 15 vezes o processo morbido é o mesmo que no encephalo.

Em certos casos, raros é verdade, o cerebro conserva a sua integridade. Dickinson aponta o amollecimento cervico-dorsal em um caso que elle com certa hesitação considera de choréa, Thompson a hyperemia e Ogle o amollecimento em diversos pontos das regiões dorsal e cervical. Fuller, Kirkes, Henry Thompson (2 obs.), Steiner (2), Ogle (3), Roger, Cartier (2), Dickinson (6), encontrárão a hyperemia meningo-miellitica ao mesmo tempo que o processo congestivo cerebral. Malherbe, Hine, Tuckwell, Dickinson, referem o amollecimento medullar com ou sem a necrobiose cerebral. Na sua observação Elischer, além da proliferação conjunctiva no

cerebro, notou hyperplasia cellular na tunica dos vasos, bem como degenerescencia na substancia gelatinosa de Rolando e na porção superior da medulla. Rokitansky, Demme, Eisenmann e Golgi observárão a sclerose. Os fócos hemorrhagicos estão entre as lesões medullares mais frequentes, mais mesmo que no encephalo. Russel vio a olighemia. Steiner em 2 casos encontrou igual modificação e serosidade no canal central; Dickinson o œdema dos cordões anteriores, etc.

As lesões medullares mais encontradas são pois — hyperemia, amollecimento, sclerose e hemorrhagias.

Nervos periphericos. — São mui pouco conhecidas as modificações que a choréa provoca na structura dos nervos. Elischer viu os vasos do nevrilema congestionados, o que concorda perfeitamente com a theoria de Triboulet sobre a localisação da choréa nos nervos sensitivos.

Coração. — De todas as lesões, as do coração são as mais frequentes, mais mesmo que as alterações organicas dos centros nervosos. As incrustações calcareas e os depositos fibrinosos nas valvulas mitral e aortica se apresentão em muitas autopsias; no mappa de Raymond, 44 vezes é referido o estado anormal do orificio auriculo ventricular esquerdo, consistindo em insufficiencia ou adherencia das valvulas, ou apenas em vegetações sobre as superficies valvulares. Vem em seguida a insufficiencia aortica, acompanhada quasi sempre de depositos friaveis sobre as sigmoides 14 vezes. Em 3.° lugar figurão as alterações para o lado do pericardio: symphise 7 vezes, derrame 4 vezes e concreções 2 vezes.

No coração direito, em 8 casos, estão mencionadas as vegetações, adherencias e insufficiencias. São, pois, lesões mui commummente encontradas nas autopsias; as granulações e os depositos fibrinosos mais ou menos adherentes ás superficies valvulares constituem quasi sempre os unicos elementos pathologicos.

As lesões vistas nos outros orgãos merecem pouca importancia e poderão ser attribuidas a affecções intercurrentes ou a molestias anteriores á choréa. A degenerescencia amyloide dos rins

e do figado, o estado granuloso dos rins, os enfartus renaes, a tuberculose e o œdema pulmonar, as adherencias da pleura, etc., se achão incluidas n'esse grupo.

Quaes as conclusões que podemos tirar do exame d'estas lesões tão numerosas, tão differentes e, o que é mais, encontradas em outras molestias que nenhuma semelhança têm com a choréa ?

A confusão que domina a anatomia pathologica da choréa só nos auctorisa a affirmar que o substratum anatomico ainda não é conhecido, que a molestia tanto depende do cerebro como da medulla, e que as lesões, se existem, por ora ainda illudem a perspicacia dos investigadores. A ousadia de alguns auctores, que não poderão manter a reserva perante a duvida, e cuja imaginação a incerteza estimulava, descobriu na variedade das condicções pathologicas que mencionamos alicerces solidos para theorias inabalaveis. Não menos de 7 conhecemos: a da embolia, a dyscrasica, a da irritação dos ganglios encephalicos, a psychologica, a da hypermetropia, a de Hayden ou da instabilidade das cellulas nervosas e a de Triboulet. D'estas, algumas nem merecem as honras da critica, outras porém, falsas em absoluto, verdadeiras em alguns pontos, dão margem a amplos debates e a discussões apaixonadas e vehementes. A theoria ingleza principalmente, tão seductora e tão calorosamente defendida por Jackson, occupará particularmente a nossa attenção, porque não nasceu n'um gabinete de estudo, mas na mesa da autopsia.

Do embolismo capillar

A theoria do embolismo capillar é obra dos medicos de Inglaterra; foi ahi que nasceu, que despertou o maior enthusiasmo e que ainda é sustentada com ardor.

Bright estudando as relações do rheumatismo com a choréa,

estabeleceu o 1.º ponto capital, que os seus successores erigirão em lei. Bright acreditava que a diathese rheumatica possuia apenas influencia indirecta sobre a manifestação da choréa, que esta devia ser subordinada, não ao rheumatismo articular ou ao rheumatismo cerebral, mas á phlegmasia das serosas cardiacas, e que, se o rheumatismo constituia um factor importante na sua etiologia, era simplesmente porque representava uma causa de endocardite e de pericardite.

Senhouse Kirkes, alguns annos depois, pronunciou-se no mesmo sentido e estabeleceu as bases da theoria ingleza, que pouco a pouco foi tomando corpo, soffrendo algumas modificações, até que Jackson veio completal-a.

Eis em que consiste o embolismo capillar:

Diversas autopsias têm demonstrado que as lesões cardiacas valvulares são de uma frequencia tão notavel, que excedem os limites da coincidencia e indicão claramente uma ligação bastante estreita entre a affecção nervosa e o orgão da circulação. Esta connexão é demonstrada pela anatomia pathologica: as lesões encontradas no systema nervoso, especialmente no cerebro, attestão a intervenção de um elemento morbido trazido ao centro principal da innervação pela circulação sanguinea; este elemento perturbador é uma particula de fibrina, uma granulação, um pequeno fragmento que a columna liquida destaca das superficies valvulares. Levado para a região opto-striada, a particula é detida no interior dos vasos que alimentão os nucleos centraes e constitue assim um embolo. O systema de vascularisação do corpo estriado e da camada optica não permittindo que uma circulação supplementar se faça, pois que as experiencias de Duret e Heubner provão que as arterias estriadas internas e externas (lenticulos estriadas e lenticulos opticas) não se communicão por meio de anastomoses, resulta que a embolia no corpo opto-striado é seguida de eschemia e depois de amollecimento de uma zona limitada. Se a embolia dá-se n'um ramo de certo calibre, ou se é multipla, os phenomenos que a denuncião, isto é, a choréa, são intensos e mesmo mortaes, o que é raro; se é n'um capillar ou n'uma arteriola que tem lugar a ob-

strucção, os symptomas não se revestem de gravidade e a molestia cessará logo que a lesão seja reparada.

A theoria constituio-se pouco a pouco, dissemos. Com effeito, Senhouse Kirkes apenas aventou a ideia do amollecimento por embolia, sem precisar a sua séde, suppondo que o encephalo só, a medulla só, ou ambos pudessem apresentar a necrobiose causadora da chcréa. Broadbent preoccupou-se pouco com o mecanismo da lesão ou com sua causa, limitou-se a uma tentativa de localisação e foi no corpo opto-striado que presumiu a séde dos movimentos choreiformes. Quanto á lesão, evitou o exclusivismo de Hughlings Jackson, que via no amollecimento embolico a condição pathogenica indispensavel; para Broadbent, tanto o embolismo capillar coma as hemorrhagias ou os tumores podião determinar a choréa, desde que o corpo striado ou as camadas opticas fossem as partes lesadas.

Jackson, reunindo as observações de Kirkes e de Broadbent, fundou definitivamente a theoria da embolia. Emquanto que Tuckwell apenas affirmava que nas choréas mortaes a existencia de vegetações nas valvulas do coração era facto frequente e que estas destacando-se podião causar fócos de amollecimento na medulla ou no cerebro, Jackson sustentava que esse amollecimento era constante, devido a uma occlusão embolica das ultimas ramificações arteriaes na região opto-striada. Russell, Fox, Gray Ogle e na Inglaterra, Frerichs e Kretschmer na Allemanha, adoptárão a doutrina de Hughlings Jackson e trouxerão novos factos que a firmárão e lhe dérão mais prestigio.

Vejamos quaes os argumentos pró e contra e o que devemos pensar acerca de tal supposição; examinemol-a no terreno da anatomia pathologica, da clinica e da physiologia experimental.

Os principaes argumentos em favor do embolismo capillar são: 1.°, a frequencia da fórma unilateral da choréa; 2.°, a dissemelhança entre os movimentos choreicos e os movimentos reflexos; 3.°, a anesthesia no lado da hemichoréa; 4.°, dados anatomicos.

1.° É exacto que a fórma unilateral da choréa é muito commum, mas o facto poderá ser contestado, se tomarmos a expressão em

todo o seu rigor; na dansa de S. Guido os movimentos exclusivamente limitados á um só lado raras vezes se observão, quasi sempre o que ha é a predominancia d'elles em um, sem que o outro deixe de apresentar contracções involuntarias, posto que muito menos intensas.

2.° Os movimentos incoherentes da choréa não têm os mesmos caracteres que os de origem reflexa, dizem Jackson e seus adeptos. Cumpre porém notar que a principal differença que estes procurão estabelecer não é verdadeira; elles affirmão na nevrose a acção cohibitiva da vontade, e é o inverso que tem lugar : a ataxia choreica exacerba-se durante os actos voluntarios, assim como quando se dirige a attenção dos doentes para os seus movimentos.

3.° As modificações de sensibilidade, entre as quaes está a anesthesia, são mais pronunciadas no lado do corpo mais agitado, e na hemichoréa unicamente n'aquelle que está affectado, o que parece indicar a intervenção da acção cerebral, porque é nas lesões cerebraes que as perturbações da sensibilidade e da motilidade se manifestão no mesmo lado do corpo, emquanto que nas lesões medullares unilateraes estes phenomenos são alternos; assim na hemiplegia spinal de um lado ha paralysia e ás vezes hyperesthesia e no outro anesthesia. Mas não devemos, diz Jaccoud, comparar as lesões que produzem a paralysia com aquellas que só modificão a coordenação, sem perturbar a transmissão motora. Apezar da observação do illustre professor, acreditamos que a choréa não perturba sómente a coordenação dos movimentos, visto que algumas vezes é causa de paresias mais ou menos extensas e que já referimos na symptomatologia. Se tivermos de admittir uma alteração medullar esta deverá não só modificar a coordenação, como tambem em certos casos a transmissão das excitações centrifugas.

Discutindo a pathogenia da choréa vulgar, dansa de S. Guido, convém ter muita reserva para com os argumentos tirados da observação das fórmas ditas parciaes ou unilateraes, que quasi sempre não são mais do que estados choreiformes dependentes de lesões cerebraes, bem conhecidas e differentes do embolismo (hemorrhagias na capsula interna, atrophia do cerebro, etc.). O estudo que mais

adiante faremos sobre essas hemichoréas symptomaticas nos mostrará que nas modernas pesquizas feitas por Charcot não encontramos provas favoraveis á doutrina do embolismo, mas sómente dados relativos á localisação das lesões hemorrhagicas na zona opto-striada.

Assim, pois, o argumento tirado da séde da anesthesia na fórma unilateral da choréa só poderá estabelecer uma presumpção em favor de uma localisação cerebral.

Para que a theoria do embolismo capillar constituisse uma verdade seria preciso provar: 1.°, que a embolia representava sempre o ponto de partida da molestia, uma causa constante; 2.°, que o corpo opto-striado era a parte lesada. Examinemos separadamente cada uma d'estas proposições.

1.° A occlusão capillar será uma lesão constante? De modo algum. Em autopsias muito cautelosas, diversos auctores nada acharão de semelhante ás embolias, e entretanto já ião prevenidos, e talvez convencidos de que as encontrarião. Barnes, Spencer, Lawson Tait só conseguirão obter dados contrarios á doutrina ingleza, já porque nas suas investigações microscopicas não descobrissem particula alguma embolica, já porque no coração não verificassem as condições necessarias para a producção d'estas. O mesmo succedeu a Ogle, que em 16 autopsias, seis vezes viu as valvulas cardiacas em perfeito estado, isentas de vegetações. Steiner, nos tres exames cadavericos que fez, só uma vez notou no coração alterações que podião dar lugar a obstrucções embolicas, a endo-pericardite.

As observações mais modernas de Dickinson praticadas recentemente—1876, depoem no mesmo sentido. Em 20 necropsias nunca encontrou a embolia, posto que em quasi todas tivesse visto a hyperemia cerebral, principalmente no corpo striado; porem affirma que as granulações limitadas e regulares da valvula mitral, que são assignaladas em 16 autopsias, não tinhão o caracter dos exsudatos fibrinosos que se destacão e não podião determinar embolias.

Remontando ás observações mais antigas veremos que, se Kelly menciona a trombose das arteriolas do corpo striado, Gray a embolia da vertebral e da cerebral media, Stabell a embolia da arteria

do corpo calloso e da sylviana, Murchison a obstrucção embolica da carotida interna esquerda, Tuckwell coalhos fibrinosos na cerebral posterior, os outros investigadores não tiverão a mesma felicidade, mas reconhecerão lesões muito differentes, umas nos nucleos centraes e outras na superficie cortical.

Como pois conciliar uma theoria que pretende tudo explicar admittindo embolias multiplas nos pequenos vasos, com os resultados negativos da maior parte das autopsias? Jackson appella para a absorpção do embolo, mas quem acreditará n'estas absorpções multiplas e completas? Como suppor embolias quando durante a vida a escuta do coração nada de anormal indica e depois da morte o endocardo não apresenta alteração alguma? Admittida uma lesão organica produzida por embolias, as reincidencias deverião ser mais graves que a primeira manifestação da molestia; ora isto não tem lugar e a clinica mostra que a medida que ellas se repetem vão perdendo de violencia.

Como por meio do embolismo capillar dar a razão da frequencia da choréa na infancia e a sua raridade nos adultos?

De que modo explicar as choréas determinadas pela imitação ou pelas emoções em individuos que até então gosavão de boa saúde?

Não podemos pois acceitar a theoria ingleza quanto a natureza da lesão, vejamos agora quanto á sede. O corpo opto-striado terá sob sua dependencia exclusiva os movimentos choreicos? Não e por diversos motivos:

1.º Porque a fórma mais commum da choréa é a bilateral, o que só teria lugar segundo a theoria, quando se dessem obliterações embolicas ao mesmo tempo nos dous lados do cerebro, e nos dous corpos striados, o que é muito problematico.

2.º Porque na choréa unilateral o lado esquerdo é mais vezes affectado que o direito, o que significaria que as embolias no lado direito do cerebro serião mais frequentes que no esquerdo. Ora é o contrario que a anatomia prevê e que a observação quotidiana nos ensina.

3.º Porque na choréa geral a predominancia das contracções no

lado esquerdo faria igualmente suppor lesões mais extensas, obliterações mais numerosas no lado direito, o que é pouco provavel.

4.º Porque a terminação pela morte é facto raro, e se a choréa fosse a consequencia de lesões dos corpos striados teriamos de admittir uma grande tolerancia da parte d'estes ganglios e a curabilidade de quasi todas as embolias. É exacto que em algumas autopsias pode-se observar fócos de amollecimento datando de muito tempo, mas este é então acompanhado de perturbações funccionaes permanentes e paresias persistentes, emquanto que na choréa são pouco duradouras as paresias e tambem transitorias.

Entretanto Charcot affirma a benignidade relativa das lesões limitadas á substancia dos nucleos cinzentos, o caracter transitorio, passageiro e pouco accusado da hemiplegia ligada ás alterações circumscriptas d'esses ganglios, em consequencia, provavelmente, de uma especie de substituição funccional entre as diversas partes do nucleo caudado, ou entre este e o lenticular. (1)

Forçoso é confessar que as paralysias dos choreicos tem o mesmo caracter, mas como explicar assim as paresias de um só membro, as monoplegias que não são raras na choréa, quando é o mesmo Charcot quem diz que os symptomas que acompanhão taes lesões são os da *hemiplegia cerebral* vulgar?

5.º Ha casos em que a desordem motora só existe nos membros ao passo que a musculatura da face conserva a sua harmonia funccional, o aspecto da physionomia nada apresenta de anormal. A theoria da embolia certamente não poderá dar uma explicação plausivel do facto.

6.º Se a participação da sphera cerebral nos movimentos choreicos é confirmada pela experiencia de Rosenthal, podemos dizer que a influencia medullar tornou-se incontestavel depois das investigações experimentaes feitas por Chauveau, Legros, Onimus, Carville, Bert, Longet. A experiencia praticada pelo Sr. Rosenthal no Instituto de Vienna foi a seguinte:

Em um cão que tinha movimentos choreiformes fez uma injecção de grãos de pollen na carotida interna esquerda (com o fim de pro-

(1) CHARCOT. *Localisations dans les maladies du cerveau*, pg. 99.

duzir uma embolia cerebral.) Desde então o animal não poude mais levantar-se, nem mudar de lugar e comtudo, apesar da abolição dos actos voluntarios as contracções incoerciveis adquirirão maior intensidade se produzirão nas palpebras e na cauda. Dous dias depois a morte teve lugar e na autopsia encontrou-se encephalite do lobulo anterior esquerdo, amollecimento do corpo striado esquerdo, embolias nos ramos da sylviana esquerda, e pelo exame microscopico, nucleos de proliferação conjunctiva. Rosenthal conclue de sua experimentação que as perturbações determinadas na circulação cerebral, suspendendo o funccionalismo dos ganglios motores, augmentarão os movimentos choreicos por irritação dos centros de coordenação, situados no meso-cephalo e no cerebello. Mesmo sem esta experiencia a intervenção do cerebro já estaria provada pelos factos que a observação quotidiana nos fornece, taes como o da influencia das excitações psychicas como causas determinantes ou exacerbantes dos movimentos, o da hemi-anesthesia sensorial e cutanea nas hemi-choréas (observações de Moynier, etc.)

O papel da medulla na ataxia choreica é demonstrado pelas experiencias feitas em cães. Se é exacto que não podemos estabelecer identidade entre a choréa do homem e a dos animaes, os dados da medicina comparada não devem ser despresados. A semelhança entre os symptomas descriptos por Carville, Gowers e Sankey, Jackson, Verheyen, Barrier, Goubaux e outros veterinarios, com os que observamos na especie humana são taes que, se não demonstrão positivamente a choréa nos cães, tornão possivel e mesmo provavel a sua existencia.

Aquelles que procurão evitar os argumentos tirados da physiologia experimental appellão para a constancia das lesões cerebraes na choréa dos animaes, o que lhe tiraria a apparencia de nevrose e transformal-a-hia em uma affecção differente da dansa de S. Guido. O facto talvez seja verdadeiro, mas Putmann recentemente publicou no Boston Medical Journal (1879) duas observações de choréa em gatos com resultados nullos na autopsia. Em summa, assim como os movimentos epilepticos provocados nos animaes constituem uma fonte de esclarecimentos para a pathologia humana,

o estudo experimental dos movimentos choreiformes póde tambem lançar alguma luz sobre a pathogenia da choréa.

As experiencias de Chauveau consistirão em seccionar a medulla. Em um cão que apresentava movimentos choreiformes cortou transversalmente a medulla ao nivel do espaço que separa o occipital da primeira vertebra cervical; o animal não morreu logo e viveu ainda durante 3 horas. Chauveau concluio que eliminada a acção cerebral a agitação persistia e que o animal vivia porque as contracções choreicas, diz elle, entretinhão a respiração. Em outro animal Chauveau seccionou a medulla no espaço occipito-altoidiano, ao mesmo tempo que para impedir a asphyxia praticava a respiração artificial — os movimentos continuarão. Outra secção foi feita entre as duas ultimas vertebras dorsaes e a agitação cessou completamente.

Morto o animal verificou que as secções tinhão sido bem praticadas e não encontrou outras lesões nem nas raizes nervosas, nem na medulla.

As experiencias de Bert forão mais minuciosas. Em uma serie de animaes que appresentavão movimentos choreiformes, o professor da Sorbonne procurou saber se estes tinhão sua causa nos musculos, nos nervos ou na medulla. Seccionou primeiro os nervos e cessando a agitação concluio que a choréa não era idio-muscular. Cortou em seguida as raizes posteriores — os movimentos continuarão, o que indicava que a molestia não dependia de modificações do systema nervoso peripherico. Restava unicamente o eixo medullar. Bert tratou de verificar qual o ponto que presidia ás convulsões de uma região dada, se este achava-se proximo da raiz posterior competente ou não, se no mesmo lado da medulla ou no opposto. Para isto seccionou o eixo medullar abaixo da origem dos phrenicos e nenhuma mudança notou no estado choreiforme. Seccionou entre a 3.ª e 4.ª dorsaes e obteve a parada momentanea das contracções musculares, que reapparecerão depois. Em seguida praticou um córte mediano longitudinal, destruio o cordão posterior — effeito nullo ainda.

Considerando então estes resultados e attendendo a suspensão dos movimentos sob a influencia do chloroformio, e a sua exaltação

por meio da strychnina, concluio collocando nas cellulas que presidem á sensibilidade a séde da affecção.

Legros e Onimus repetirão e confirmarão as experiencias de Chauveau e Bert e assignalarão outro facto de alta importancia: que os movimentos só cessão completamente quando o segmento posterior da medulla é totalmente destruido pela excisão dos cordões e cornos posteriores, o que equivale a dizer que estão sob a dependencia das cellulas d'essas zonas, ou das fibras do systema intermediario dos arcos diastalticos.

Gowers e Sankey observarão, ao contrario dos auctores precedentes, que a secção da medulla era seguida de parada completa dos movimentos; longe porém de explicar o facto pela falta de influxo cerebral, considerarão o traumatismo como a causa unica da mudança que se apresentava. Não pretenderão eliminar a influencia da medulla, tanto mais que n'ella encontrarão lesões indicativas de uma affecção desse centro de innervação.

A experimentação prova pois que a medulla exerce um papel consideravel na producção da desordem choreica, e ella está de accôrdo com a observação clinica. As dôres dorsaes expontaneas ou provocadas pela pressão, indicadas por Stiebel, os pontos dolorosos no trajecto dos nervos estudados por Triboulet, são phenomenos que correm por conta da medulla.

Uma localisação no cerebro ou exclusivamente no corpo optostriado é, a vista do que temos dito, insustentável perante a physiologia e a anatomia pathologica; e a 2.ª parte da doutrina da embolia como a primeira não póde vencer as objecções numerosas que suscita.

A theoria do embolismo capillar, apezar dos esforços que Hughlings Jackson tentou em sua defesa perdeu o prestigio com que inaugurou-se, prestigio que Dickinson na Inglaterra, Ziemssen na Allemanha e Jaccoud em França aniquilarão completamente.

Se porem o embolismo capillar como theoria geral não deve ser acceito, temos comtudo de confessar que alguns casos, poucos é verdade, lhe são favoraveis, principalmente no que se refere á localisação nos corpos striados; taes são aquelles em que a incoordenação é acom-

panhada de paresia ou de anesthesia e predomina em um dos lados do corpo.

Em summa: Acreditamos com Ziemssen, Jaccoud e Cyon que a choréa póde ter sua séde em todo o systema nervoso, séde que varia com a diffusão dos symptomas.

Com effeito como admittir para a choréa uma séde fixa quando a mobilidade dos symptomas ahi está para protestar?

Como suppôr que a choréa que só affecta os musculos dos membros tem a mesma localisação anatomica que aquella que lança tambem a desordem na musculatura da face e acarreta perturbações da ideação, manifestações delirantes, accessos de mania? Não será mais racional admittir que no 1.° caso os centros pathogenicos occupem a medulla cervical e lombar, que no 2.° os centros da innervação facial e dos movimentos oculares, os ganglios centraes do cerebro e finalmente as camadas cinzentas das circumvoluções participem da influencia morbigenica? Quanto á lesão pouco sabemos de positivo, o substratum anatomico da choréa ainda nos é desconhecido, e a ausencia de alteração material apreciavel na maior parte dos casos nos autorisa a concluir que a choréa de Sydenham, como a choréa de hoje é uma nevrose, — e a influencia rheumatica não exclue a choréa da classe das nevroses.

Pouco diremos sobre as outras theorias, umas condemnaveis em absoluto, outras admissiveis em alguns casos. Entre as ultimas collocaremos as da discrasia e da irritação; entre as primeiras as da nevropathia dos nervos sensitivos, a da hypermetropia, a de Sturge e a da instabilidade nervosa.

A theoria optica devida á Stevens d'Albany faz depender a choréa de um vicio de accommodação, da hypermetropia que daria lugar á sensações confusas e erroneas, pois que n'estas condições o fóco dos raios parallelos vae se formar além da retina. De conformidade com essa ideia o auctor aconselha como base do tratamento não os agentes therapeuticos porém os meios tão simples de corrigir a hypermetropia, causa unica da molestia; encurtar a ex-

tensão do diametro antero-posterior do globo ocular tal deveria ser a indicação mais urgente, indicação facilmente realisavel com as lentes bi-convexas ou convergentes.

A instabilidade nervosa, concepção ousada de Hayden, tambem representa uma hypothese absurda, contraria aos preceitos da physica. Hayden suppõe que nos movimentos de attracção e repulsão das cellulas nervosas da medulla e do encephalo, no deslocamento continuo de particulas solidas em um meio solido, está a verdadeira causa das contracções involuntarias e dos movimentos desordenados. Estas duas theorias dispensão qualquer critica, não a merecem.

Sturges, que tanto tem escripto sobre a choréa, pretendeu esclarecer a pathogenia desta molestia com uma hypothese que prima pela obscuridade. Ao lado da choréa rheumatica elle admitte a choréa espontanea, de origem intellectual e argumenta com diversas estatisticas, que em sua opinião mostrão na etiologia da nevrose as emoções figurando maior numero de vezes do que o rheumatismo. Para explicar a sua theoria, Sturges faz a seguinte comparação: « quando um individuo se acha em certo estado de excitação intellectual, um orador exaltado pronunciando um discurso de polemica, ha quasi sempre alguma exageração ou mesmo incoordenação nos movimentos; nas creanças que teem a impressionabilidade nervosa muito mais accentuada, as emoções menos violentas determinarão os mesmos effeitos. » Tal é ponto de partida da theoria psychologica.

Triboulet e seus discipulos — Rousse, Mohamed-Said, Cartier— são apologistas da localisação não mais no cerebro ou na medulla, porém no systema nervoso peripherico, e denominão a sua theoria — nevropathia dos nervos sensiveis cerebro-spinaes.

Quando estudamos os symptomas vimos que esses auctores forão os primeiros a assignalar no trajecto dos cordões nervosos pontos dolorosos, semelhantes á aquelles que Valleix indicou para as nevralgias; baseando-se n'esse facto e considerando as analogias que apresentão os movimentos choreicos com os que correm por conta do poder excito-motor da medulla, Triboulet estabeleceu

a sua theoria: — que é nos nervos sensitivos que a choréa tem sua séde, e que a nevropathia consiste provavelmente em uma fluxão sanguinea, como a que se faz para as synoviaes no rheumatismo articular. Tal theoria não tem ao seu lado a verdade dos factos. Ella funda-se na existencia dos pontos dolorosos que, como já dissemos, tem sido exagerada, pois que não se verifica em muitos casos.

Na choréa rheumatica Triboulet explica a congestão para os nervos por phenomenos de substituição, por um antagonismo entre a dôr provocada e a incoordenação muscular, de um lado, e as complicações articulares de outro, por uma metastase em summa. Mas como adoptar estes phenomenos quando o rheumatismo precede de muito tempo a choréa? Como explicar as perturbações psychicas tão salientes se a molestia residisse unicamente nos nervos sensitivos? Finalmente, como sustentar a theoria nos casos em que a nevrose nenhuma relação tem com o rheumatismo e desenvolve-se sob a influencia de um abalo moral, de uma emoção?

Theoria dyscrasica. — É tambem denominada franceza por opposição á da embolia ou ingleza; ella faz depender a nevrose de uma alteração do liquido sanguineo, da anemia que, quando não precede a choréa, é uma de suas consequencias inevitaveis. Estudando a etiologia vimos a importancia que tinha a chloro-anemia: quando o vicio rheumatico não existe, os auctores procurão no empobrecimento sanguineo a condição pathogenica da molestia, e o rheumatismo por sua vez é uma causa muito conhecida de anemia. Sée, que dá tanto valor á diathese não a colloca entretanto entre as causas mediatas. Bouchut e Cyon declarão-se mais cabalmente e veem na hypoglobulia a causa da affecção, que Dickinson filia á irritação mental ou reflexa, ou á hyperemia cerebro-spinal, indicativa de uma predisposição morbida provavelmente humoral (Raymond).

A theoria discrasica é verdadeira em muitos casos, nos quaes não se póde contestar o papel da alteração sanguinea no desenvolvimento da choréa, pois que é a unica circumstancia para que então poderemos appellar; é ainda contra ella que dirigimos uma das medicações

que mais proveito dá — a medicação tonica. Porque mecanismo a discrasia provoca os movimentos choreicos? Raymond acredita que a mesma relação que existe entre as alterações do sangue e os elementos sensitivos póde ser estabelecida para os centros motores, e que se a anemia produz phenomenos de sensibilidade (nevralgias) tambem póde perturbar a motilidade.

Finalmente, para terminar resta-nos a theoria da irritação dos centros nervosos, hypothese que tudo abrange e nada explica. Originou-se de um facto que algumas autopsias provárão — o caracter irritativo ou activo de certas lesões, — emquanto que a theoria ingleza reconhece como ponto de partida as lesões da embolia, lesões de caracter passivo.

Dickinson attribue a choréa á hyperemia cerebro-espinal, Meynert, Elischer e Rokitanski á encephalite chronica.

Essas lesões, entretanto, parecem antes a consequencia do que a causa da molestia, o effeito da irritação funccional dos centros nervosos. Os exames necroscopicos feitos por Dickinson confirmão tal opinião. Em uns, o auctor encontrou apenas a hyperemia, em outros, além da congestão, fócos hemorrhagicos e ainda degenerescencia das cellulas nervosas, isto é, uma serie de processos morbidos, que guardão entre si a ordem de successão, e que se achavão em relação com a intensidade e duração da molestia. Uma das autopsias foi bastante significativa: em uma creança que tivera por diversas vezes choréa o exame cadaverico mostrou ao lado de lesões simples, taes como a fluxão congestiva, outras mais adiantadas — hemorrhagia, exudação e degenerescencia, aquella ligada provavelmente aos primeiros ataques, e estas aos ultimos.

Para terminar diremos que Jackson, que não consegue sustentar o embolismo capillar, attaca brilhantemente a hypothese da irritação quando diz que a choréa não póde depender de um processo destructivo da substancia nervosa, pois que, para a producção de um movimento é necessario uma descarga nervosa e esta não se póde fazer nos pontos em que outro tecido se tenha formado.

DIAGNOSTICO

> Dans la chorée la direction générale du mouvement serait, dans l'accomplissement des actes volontaires, troublée dès l'origine par des mouvements contradictoires, d'une étendue tout à fait disproportionnée et qui font manquer le but.
>
> (Charcot).

O diagnostico da choréa é facil. Não ha difficuldade em reconhecer essa affecção complexa do systema nervoso, que affecta a mentalidade, a sensibilidade e a motilidade ; o movimento choreico que a caracterisa é quasi um symptoma pathognomonico e unido a phenomenos de depressão intellectual e á perturbações menos constantes da sensibilidade, constitue um conjuncto morbido que não permittirá duvidas. Se estes symptomas manifestão-se em uma creança, se ella tem entre os antecedentes as determinações rheumaticas ou uma emoção violenta o diagnostico se impõe. Ha, comtudo, certas molestias que em um exame pouco attento poderião dar lugar a confusões, e que dividiremos em dous grupos : em algumas será o tremor a causa do equivoco, em outras a incoordenação motora. Mencionaremos tambem a hysteria, a epilepsia, as dyskinéas locaes, as impulsões locomotoras systematisadas e as hemichoréas symptomaticas.

De um modo geral diremos que o movimento choreico differe muito do tremor: ao passo que n'este os movimentos são regulares, rapidos, rhytmicos, de pequena oscillação e não impossibilitão as funcções dos membros ; n'aquelle encontraremos a arythmia, uma amplitude muito maior, a persistencia durante o repouso, a exacerbação sob a influencia da vontade e das impressões moraes.

A paralysia agitante ou molestia de Parkinson, cujo substratum

anatomico nos é completamente desconhecido, e que parece ter sua séde no bulbo e na protuberancia, é de todas as molestias que teem entre os seus symptomas o tremor aquella que mais se approxima da choréa, porque este é continuo, manifesta-se mesmo durante o repouso e determina verdadeiros movimentos de deslocamento, impedindo a execução de actos delicados. Mas os outros symptomas da molestia de Parkinson a distinguirão completamente da choréa. Assim na paralysia agitante, apezar da desordem apparente, os movimentos teem certo rythmo e consistem ou em alternativas de flexão e de extensão, ou em movimentos de lateralidade que não se exagerão durante os actos voluntarios; a cabeça não participa da tremulação geral, como bem o mostrou Charcot, e quando experimenta oscillações, estas são devidas a movimentos communicados; ha lentidão ou demora nas respostas dos doentes; a marcha tem uma fórma especial (de retro-pulsão, pro-pulsão e latero-pulsão) e a necessidade incessante de movimento é muito frequente. A physionomia do paralytico differe consideravelmente do choreico: a deste em poucos segundos exprime todas as emoções, a d'aquelle reveste-se da mascara da indifferença, e a immobilidade dos musculos da face dá-lhe um facies caracteristico. Elles queixão-se de calor excessivo, sem que haja elevação da temperatura central. Finalmente, as contracturas e as deformações na molestia de Parkinson accentuão ainda mais as differenças entre as duas nevroses.

O tremor alcoolico mesmo quando se generalisa e se estende aos labios e á lingua não pode illudir. Quando o tremor é acompanhado de contracções mais intensas alguns auctores denominão a esse estado *choréa dos ebrios*, posto que a semelhança com os movimentos choreicos seja diminuta. O tremor que se observa no delirium tremens é mais pronunciado, apresenta grandes oscillações e acarreta incerteza nos movimentos; mas os outros symptomas (delirio, hallucinações, febre, insomnia, etc.), esclarecerão facilmente o diagnostico.

O tremor senil affecta de preferencia os musculos do pescoço e da cabeça (tremor negativo ou positivo de Saunders) e depois

estende-se aos membros. Como o movimento choreico elle augmenta durante os actos intencionaes, mas cessa durante o repouso, o que os distingue.

SCLEROSE EM PLACAS. — Examinando-se um doente de sclerose em placas disseminadas durante os actos da volição, nota-se alguma cousa que faz lembrar a agitação choreica. O tremor é com effeito um dos symptomas mais constantes da sclerose cerebro espinhal e ás vezes tão intenso, que perturba a marcha e os exercicios manuaes; como na choréa o doente levando á bocca um copo com agua póde entornal-a, principalmente quando este, chegando em contacto com os labios, o tremor da cabeça choca-o de encontro aos dentes. Tal semelhança explica a denominação de *choréa rythmica* ou de *paralysia choreiforme* dada á sclerose multilocular. O diagnostico, porém, entre as duas molestias é facillimo e o proprio movimento anormal offerece os caracteres distinctivos: na choréa as contracções incoerciveis são persistentes e continuas; na sclerose o tremor só se manifesta durante os actos voluntarios, cessa completamente quando o doente está ėm repouso. Só em casos raros o tremer rythmico persiste na ausencia dos movimentos intencionaes, sob a influencia de excitações cerebraes, taes como as emoções (obs. de Valentiner-Frericks).

Alem disto na sclerose cerebro-spinal a direcção dos movimentos é conservada e ha symptomas que varião conforme a sede das zonas de myelite e de encephalite intersticiaes, taes são: o mystagmus ou tremor dos olhos, a amblyopia, a diplopia, a cephalalgia, as vertigens, a paresia e a contractura dos membros, os ataques apoplectiformes, etc.

ATAXIA LOCOMOTORA. — A ataxia choreica é a ataxia do repouso, a ataxia tabetica é a ataxia do movimento, diz Jaccoud.

Essa differença bastaria para distinguir as duas affecções. O tabetico póde suspender a sua ataxia e para isto basta que procure o estado de quietação e evite os movimentos; o choreico só perde a agitação durante o somno, e a obscuridade não a exacerba, emquanto que a incoordenação do tabetico augmenta á medida que as impressões visuaes deixão de guiar a locomoção — a occlusão

dos olhos aggrava a asynergia motora. No tabes dorsalis encontramos ainda symptomas que destruirão todas as duvidas: dôres fulgurantes (terebrantes, constrictivas e lancinantes) na face, tronco e membros; formigamentos, hyperesthesias parciaes, amaurose, amblyopia, crises gastricas, etc.

Hysteria. — A chorêa distingue-se facilmente da hysteria e se em ambas ha perturbações da intelligencia e da sensibilidade, os outros symptomas não são identicos. O movimento choreico differe consideravelmente das convulsões clonicas e tonicas da hysteria. Esta apresenta os phenomenos curiosos e instaveis que constituem o estado hysterico: anesthesias e hyperesthesias sensoriaes e viceraes, contracturas parciaes (paraplegicas, hemiplegicas e monoplegicas) paralysias passageiras, ataques caracteristicos, estado mental especial, etc.

A confusão só poderá ter lugar quando na ausencia de ataques anteriores, a hysteria manifestar-se por contracções clonicas, passageiras, bruscas, de pequena amplidão. O diagnostico se estabelecerá com o apparecimento dos outros symptomas, ou ainda pela pouca extensão e rythmo dos movimentos. Ha, porém, uma fórma de chorêa denominada *rythmica hysterica* da qual mais adiante nos occuparemos.

Deveriamos fazer o diagnostico da chorêa distinguindo-a dos estados choreiformes dependentes de lesões cerebraes; guardamos, porém, o assumpto para quando tratarmos das hemi-chorêas symptomaticas. O mesmo faremos em relação á pseudo-chorêas, hoje conhecidas com o nome de impulsões locomotoras systematisadas.

Dos symptomas da chorêa ha um cuja origem importa muito conhecer, porque d'ella depende a importante questão do prognostico. Queremos fallar das paresias nos choreicos.

Quando o enfraquecimento muscular succede á chorêa o diagnostico não é difficil e, salvo grande desattenção, o medico subordinará logo aquella a esta. Se porém a paresia precede os movimentos caracteristicos da nevrose a solução torna-me menos

facil, pois que a meningite tuberculosa, a diphteria, as molestias agudas, a hysteria são ás vezes acompanhadas do mesmo phenomeno; igualmente á paralysia infantil, á paralysia pseudo-hypertrophica, ao mal de Pott, não raramente é filiada a paralysia que apenas prenuncia a choréa e que desapparecerá em pouco tempo. Em taes casos o diagnostico se faz por exclusão.

Na choréa antes da paralysia ha um periodo prodromico em que se nota depressão intellectual, perversão do caracter, os doentes tornão-se irrasciveis, de uma desconfiança inexplicavel.

Na meningite as crianças, ao contrario, tornão-se mais doceis e meigas e as paralysias, aliás irregulares e fugitivas, são precedidas de movimentos convulsivos acompanhados de contracturas, reacção febril, vomitos, cephalalgia continua e gravativa, aphasia, etc.

Nas paralysias que succedem ás molestias agudas o interrogatorio esclarecerá o problema, pois que estas molestias são geralmente graves e não passaráõ desapercebidas (febre typhoide, diphteria, variola).

Quando é o rheumatismo articular agudo que tem sob sua dependencia as paralysias o diagnostico apresenta algumas difficuldades, porque as dôres musculares precedem em alguns casos as manifestações caracteristicas da choréa. A distincção basêa-se na mobilidade, irregularidade e rapidez do desapparecimento — « pondo de parte as cardiopathias, a paralysia rheumatica, diz Landouzy, é um fogo de palha que se ateia e se extingue sem deixar ruinas ».

A paralysia infantil differe muito da paralysia choreica.

O conjuncto de symptomas da paralysia spinal aguda atrophica da infancia é bastante eloquente e positivo: invasão brusca, elevação rapida da temperatura, sobresaltos musculares, convulsões epileptiformes, paralysia que sobrevem geralmente durante a noite e invade a musculatura de todos os membros, ou sómente dos membros inferiores; flaccidez e atrophia rapida dos musculos paralysados, etc.

Na choréa ao contrario não ha reacção febril, a paralysia se estabelece lentamente, é limitada a um membro ou toma a fórma

hemiplegica, não é seguida de atrophia, nem tem a marcha da paralysia infantil, que depende de uma lesão dos cornos anteriores e cuja cura completa é excepcional.

A paralysia pseudo-hypertrophica possue um quadro clinico caracteristico : a attitude dos doentes na stação vertical (curvatura antero-posterior), a marcha, os artificios de que se servem quando querem passar da posição horizontal á vertical, o enfraquecimento muscular coincidindo com a hypertrophia de certas massas musculares e a atrophia de outras, etc., formão um conjuncto de sym ptomas que não se encontra na choréa paralytica.

O mesmo diremos da paralysia do Mal de Pott e da paralysia hysterica, cuja distincção é facil.

Prognostico.

Pouco diremos a respeito do prognostico; os detalhes em que entramos quando tratamos da marcha e da terminação da molestia, nos dispensão de novas considerações.

A cura é a terminação mais frequente, mesmo sem a intervenção da therapeutica. Ha, porém, certas circumstancias que modificão o juizo prognostico e indicão que a affecção se reveste de alguma gravidade. Assim a persistencia dos movimentos durante a noite impedindo o somno, a sua violencia difficultando a alimentação e occasionando excoriações numerosas, as hallucinações e o delirio são symptomas desfavoraveis. As perturbações do rythmo cardiaco, o ruido de sôpro que quando não é devido á anemia geralmente é a expressão de uma endocardite, e as reincidencias frequentes impõem mais reserva no prognostico.

As molestias febris e principalmente a variola e o sarampão, na maioria dos casos apressão a terminação da choréa. Finalmente o estado geral merece grande attenção: emquanto as forças nutritivas não entrão em decadencia a molestia conserva o seu caracter de benignidade.

A violencia dos movimentos e o estado da nutrição dominão o prognostico, pois que quando a morte tem lugar, quasi sempre é ella devida ao esgotamento nervoso ou á inanição.

TRATAMENTO

A quantidade consideravel de agentes therapeuticos indicados para o tratamento da choréa, a efficacia contestavel de muitos d'elles, e a impossibilidade de uma apreciação exacta são factos que não devemos estranhar, pois que os encontramos em todas as nevroses; as divergencias que vimos no estudo da anatomia pathologica faráõ vascillar o espirito do clinico quando este quizer usar de uma medicação que possua os fóros de racional. As estatisticas nada dizem ou se muito dizem, umas contrarião as outras; a observação clinica presta-se a todas as affirmações fornecendo ao mesmo tempo argumentos a favor e contra os differentes methodos curativos; medicamentos que a pouco tempo erão julgados especificos, passão agora a figurar entre dos remedios empiricos, ou simplesmente nas paginas do historico. Tal foi o successo da strychnina, que Trousseau, o grande mestre, tanto aconselhava, e que Jaccoud nem se quer menciona, não só no seu livro de clinica como no moderno tratado de pathologia geral; e entretanto Trousseau, firmando-se nos resultados de uma longa pratica defendia com calor a medicação tetanisante. O mesmo destino teve o tartaro stibiado tão heroico nos doentes de Gillete, e hoje apenas indicado em circumstancias muito especiaes. O bromureto de potassio a que Gübler e Gallard davão preferencia, o medicamento quasi indispensavel quando se procura attenuar o poder excito-motor do eixo medullar, é repellido por Ziemssen que o declara completamente inutil. A gymnastica, o recurso mais efficaz para G. Sée, aquelle que devemos recommendar sempre que o permitta o estado do doente, é igualmente combatida por Ziemssen.

A multiplicidade dos medicamentos basta para attestar a insufficiencia dos recursos therapeuticos; a duvida e a desconfiança de que nem um só póde eximir-se, nos mostrárão que quando o medico evita o empirismo, é a hypothese que o guia ou ainda a analogia. Não ha uma substancia anti-choreica, como não temos medicamento algum anti-epileptico. Felizmente muitas vezes a indicação causal é conhecida e o vicio rheumatico reclama a sua therapeutica especial; effectivamente quando os accidentes do rheumatismo agudo acompanhão os phenomenos nervosos, qualquer que seja o tratamento encetado com o fim de combater o elemento nervoso, o elemento rheumatico não deve ser esquecido e reclama a medicação apropriada.

Tomando por base a acção therapeutica das substancias acon selhadas contra a choréa dividil-as-hemos em 4 grupos:

1.° Grupo. — Medicamentos que actuão sobre a motilidade, empregados com o fim de dominar a ataxia choreica augmentando ou diminuindo a contractilidade muscular, transformando o spasmo muscular em tonus ou attenuando-o regular e gradualmente; taes são a strychnina e a anilina, a eserina e o curare.

2.° Grupo. — Medicamentos dirigidos especialmente contra a medulla, que segundo a opinião mais corrente intervem poderosamente na producção das desordens choreicas: o bromureto de potassio, o oxido de zinco, a picrotoxina, as pulverisações com ether e applicações de gêlo ao longo da columna vertebral, a electricidade, estão nesse caso. 3.° Grupo. — Um facto curioso no estudo da ataxia choreica é o seu desapparecimento durante o somno quer natural, quer artificial. Se, pois, em algum doente a agitação fôr tal que determine excoriações da pelle, que não permitta o somno natural e conseguintemente o repouso benefico que só elle proporciona, será de grande conveniencia o uso dos medicamentos hypnoticos, taes como o opio, o chloral, o chloroformio. 4.° Grupo. — Os agentes que formão este grupo não têm acção especial sobre esta ou aquella parte do systema nervoso, antes o seu fim é modificar o estado das forças do organismo, debilitando-o ou tonificando-o. Duas medicações oppostas são aconse-

lhadas: o arsenico, a hydrotherapia, os banhos sulphurosos e a gymnastica em uns casos, o emetico e os espoliativos em outros.

Esta classificação, que é a de Dujardin-Beaumetz, não está isenta de critica, e mesmo só a admittiremos excluindo do 1.º grupo e incluindo no 2.º a strychnina e a anilina, que se modificão as contracções musculares o fazem apenas indirectamente, pois que a acção primitiva é sobre a medulla cujo poder reflexo excitão. A physostigmina e o curare localisão seus effeitos, não no apparelho nervoso central mas nas terminações musculares dos nervos da motilidade. Feita esta pequena alteração preferimos a de Dujardin Beaumetz á de Barthez.

1.º GRUPO

1.ª *Eserina.* — A introducção da physostigmina, principio activo da physostigma venenosum, na therapeutica, data de poucos annos; até 1874 sómente nos trabalhos de laboratorio era manipulado o alcaloide descoberto por Jobst e Hesse, e ao qual Amadée Vée deu o nome de eserina. Martin Damourette tentou a primeira applicação clinica em um caso de tetano, sendo logo depois seguido por Ph. Anger. As vantagens apregoadas por estes pathologistas, os excellentes resultados que dizião ter obtido no tratamento de uma nevrose tão rebelde aos recursos da medicina, levárão Bouchut a ensaiar a medicação pela eserina na choréa. Os resultados que a experimentação lhe deu em 437 doentes, dos quaes 24 choreicos, forão: 1.º que os effeitos physiologicos da eserina não erão no genero humano os mesmos que nos animaes; 2.º que a acção do medicamento esgotava-se completamente no fim de 2 a 3 horas, sendo por isso necessario renovar a dóse e empregar 20 ou 15 milligrammos durante o dia em 4 ou 5 vezes, pela via gastrica ou em injecções hypodermicas; 3.º que os effeitos therapeuticos do sulphato de eserina na choréa merecião toda attenção, porque provocavão geralmente a terminação favoravel em 8 a 10 dias.

A propaganda feita por Bouchut induziu á novas tentativas

que em pouco tempo dividirão as opiniões dos medicos, uns adoptando-a, outros repellindo-a completamente.

A clinica de Cadet de Gassicourt não foi favoravel ao novo methodo de tratamento, e desde então começou a arrefecer o enthusiasmo que Bouchut tinha despertado. As experiencias forão feitas em quatro casos apenas, porém o auctor cercou-as de tanto rigor e de tanta cautela, que impoem e merecem toda a confiança. Para reconhecer os effeitos physiologicos e therapeuticos da physostigmina, Cadet de Gassicourt procedeu de dous modos: — 1.° administrou 3 milligrammos por dia em uma só injecção hypodermica; 2.° empregou 6 milligrammos em 6 injecções com o intervallo de 1 $^1/_2$ horas de uma á outra.

No 1.° caso, passados 10 a 20 minutos, os doentes apresentarão: rubor nas faces, no tronco e nos membros, flexão da cabeça sobre o peito, do ante-braço sobre o braço, das côxas sobre o abdomen, das pernas sobre as côxas; curvatura do corpo para diante, convulsões violentas do diaphragma e dos musculos abdominaes, d'onde resultava ora depressão, ora a distensão do abdomen, e em seguida paresia passageira e temporaria do musculo diaphragmatico; spasmos da glotte, sialorrhéa, suor abundante, abaixamento da temperatura e diminuição dos movimentos respiratorios. A hyperesthesia, foi tão pronunciada em um doente que o simples contacto de uma agulha provocava gritos dolorosos. Estes effeitos durárão de 2 a 3 horas; no 4.° ou 5.° dia, isto é, quando já se tinha injectado 12 ou 15 milligrammos, erão pouco accentuados, ou mesmo não se revelavão, indicando assim a existencia de uma verdadeira tolerancia medicamentosa. Quando a dóse injectada não excedia a 1 milligrammo ainda que repetida seis vezes no dia, o unico effeito apreciavel era o somno, e este mesmo nem sempre.

Se os resultados physiologicos obtidos por Cadet forão contrarios aos de Bouchut, os effeitos therapeuticos tambem não combinárão, pois que nos tres doentes em que os movimentos choreicos não tinhão grande intensidade, a cura só foi obtida no fim de 35, 65 e 80 dias, tempo sufficiente para a evolução completa da affecção

e sua terminação expontanea. No 4.° doente altas dóses forão ministradas durante o periodo ascendente sem o menor resultado.

A eserina actualmente é pouco empregada e quasi todos os auctores se não a condemnão, limitão-se a citar as observações de Bouchut e a esperar novos factos. Não nos parece racional o tratamento pelo alcaloide da fava de Calabar. Se attendermos á acção physiologica verificada pelos modernos therapeutas, deveremos collocal-a de lado, entre os medicamentos inuteis no tratamento da choréa.

Com effeito: qualquer que seja o modo de administração os phenomenos do eserismo formão tres periodos: o 1.° é o periodo nauseoso que lembra a apomorphina e a nicotina, caracterisado por nauseas, vomitos biliosos, resfriamente e, quando a dóse é alta, phenomenos de collapso; o 2.° é o periodo convulsivo em que a acção convulsivante do alcaloide se manifesta a principio por tremor e depois por abalos musculares que, segundo Gübler, são consequencias não da excitação dos centros motores, mas da incontinencia nervosa; o 3.° e ultimo é constituido por symptomas de uma paralysia que se póde denominar — ascendente aguda —, semelhante em sua marcha á que acompanha certas intoxicações: os primeiros musculos paresiados ou paralysados são os dos membros da locomoção, depois seguem-se os dos membros da prehensão, começando sempre pelos dos ultimos segmentos, e finalmente os do apparelho muscular interno. Em gráo mais adiantado a actividade funccional do 10.° par é affectada e d'ahi desordens circulatorias, perturbações no rithmo da respiração, mellituria, etc.

Ora este ultimo periodo ou paralytico deve ser obtido para que as contracções incoerciveis da choréa cessem, porquanto os outros tem effeitos oppostos, exagerão as manifestações convulsivas; logo será preciso produzir uma paralysia para curar a molestia que conta entre suas terminações desfavoraveis as paresias.

O tratamento pela eserina é pois perigoso; só tem as probabilidades da incerteza.

O que dissemos da eserina se applica inteiramente á fava de Calabar, que proporcionou ao Dr. Ogle uma brilhante cura, mas

uma unica. Mac-Laurin e Harley [1] prescrevem uma tinctura feita com 4 grammos de fava e 30 de alcool rectificado, administrada na dóse de 1 a 4 grammos, segundo a gravidade da choréa.

2.º Curare. — B. Drummond (*Brithish-med*, 1878), Fulton, Day (*Lancet*, 1879), citão observações de choréa tratada com successo por injecções sub-cutaneas de curare. Estes 3 casos são os unicos conhecidos e mesmo tem sido contestados. As considerações que expendemos sobre a eserina repetiremos a respeito do curare, que como aquelle alcaloide, é uma substancia muito toxica, de acção paralysante sobre as placas terminaes dos nervos motores, e que tem ainda o inconveniente de uma dosagem mais difficil, variavel e incerta. Pela via gastrica póde-se administrar até a dóse de 25 centigrammos (Rabuteau) e em injecções hypodermicas na de 1 a 2.

2.º GRUPO

EXCITANTES MEDULLARES.

1.º Strychnina. — Lejeune foi o primeiro que indicou a strychnina para o tratamento da choréa; Niemann e Casenave a adoptarão como ultimo recurso, quando a molestia resistia aos outros meios. Trousseau, em 1831, pretendendo combater uma paralysia choreica conseguio um successo completo e a noz-vomica foi desde então o seu medicamento predilecto. Fouilloux e Rougier, de Lyon, obtiverão os mesmos effeitos. Mas foi Trousseau deu os preceitos rigorosos e indispensaveis que devem guiar o clinico na administração d'este alcaloide.

A medicação pela strychnina tem o grande inconveniente de ser muito perigosa e requerer a inspecção constante do medico, que não deve confial-a aos parentes do doente, sem recommendações severas e precisas. Toda cautela não será demasiada, porque a acção toxica da strychnina manifesta-se ás vezes insidiosamente; o doente que parecia supportar bem certa dóse, apresenta-se no dia seguinte com os symptomas de envene-

(1) HARLEY. *Bull. de therapeut.* 1864. OGLER. *Bull. de therapeut.* 1866.

namento, quando mesmo a quantidade de substancia receitada não tenha excedido a do dia anterior. Ainda mais — a tolerancia para a strychnina varía muito de um individuo para outro, o que não permitte estabelecer uma dóse fixa como limite maximo para os effeitos therapeuticos. Se no tratamento preconisado por Trousseau tivessemos apenas de evitar as inconveniencias da accumulação, não haveria razão para tanto receio, mas exactamente a condição indispensavel para o successo da medicação é um certo gráo de concentração do alcaloide no organismo: emquanto não se manifestão os phenomenos tetanisantes da strychnina os effeitos desta são nullos sob o ponto de vista curativo. Rilliet e Barthez contestão esta affirmação de Trousseau e dizem que em quasi todos os choreicos encontrarão tolerancia evidente mesmo para dóses elevadas (0,05), e que não é indispensavel chegar aos effeitos physiologicos para obter os therapeuticos.

A utilidade da strychnina é incontestavel, como provou Trousseau, e foi verificada por muitos dos seus discipulos, entre os quaes Moynier, que publicou em sua these muitas observações favoraveis á medicação tetanisante, a qual possue igualmente propriedades eupepticas, uteis em uma molestia em que o estado geral se acha mais ou menos debilitado; porém o cortejo dos accidentes que a acompanhão, tão assustadores e afflictivos, reduzem consideravelmente sua esphera de applicação.

O methodo que Trousseau aconselha encerra diversas regras: A preparação mais conveniente é o xarope feito com o sulphato de strychnina. Nas suas primeiras tentativas Tousseau usou da noz-vomica que prestava-se mais facilmente ás experiencias; abandonou-a depois e lançou mão do sulphato de strychnina, que offerece a vantagem de se dissolver n'agua. O xarope de Trousseau é confeccionado de modo que cada 5 gr., ou uma colhersinha de chá, contém a vigesima parte de um grão do sal de strychnina, cada colher de sopa ou 20 gr., contem 10 milligrammos; differe pois na composição quantitativa do xarope de strychnina formulado pelo Codex, pelo que, na prescripção do remedio, o medico deve designar o nome do auctor. O modo de administração é o seguinte: se o doente

tem de 5 a 10 annos, no 1.º dia toma 3 colheres de chá (15 grs. do xarope ou 0,0075 de sulphato de strychnina) com intervallos de 6 horas entre cada uma, de modo que o effeito de cada dóse possa ser observado. Durante dois dias insiste-se na mesma dóse. Em seguida augmenta-se de mais uma colher, e durante outros 2 dias o doente toma 4 colheres do remedio com intervallos iguaes entre ellas. No fim d'esses 2 dias accrescenta-se outra colher e a dóse é mantida durante mais dois dias e assim até 6 colheres. Chegada a esta dóse vae-se substituindo cada colher de chá por outra de sobremesa (10,0), de sorte que entre cada substituição haja um intervallo de 2 dias, e chega-se assim até 6 colheres ou 60 grammos de xarope. Faz-se nova substituição de cada colher de 10,0 por uma de 20 e seguindo sempre o mesmo methodo continua-se a administração do remedio até que appareção os symptomas da intolerancia medicamentosa: contractura dos maxillares e dos musculos da nuca, constricção do pharynge, caimbras nas pernas, abalos electricos, contracções spasmodicas nos musculos dos membros, impossibilidade de andar, difficuldade nos movimentos de flexão e extensão, cephalalgia, prurido em diversos pontos da superficie cutanea, etc. Desde que estes symptomas se manifestão convém suspender durante um dia o uso do medicamento e no fim desse prazo, quando já tem desapparecido os accidentes devidos á accumulação, volta-se novamente ás ultimas dóses empregadas. Assim continua-se a proceder até á cura definitiva. Depois da cessação completa dos movimentos é de vantagem insistir por algum tempo na medicação, dada, porém, em dóses menores.

2.º Sulphato de anilina. — A anilina foi aconselhada por Turnbull em 1854. Em 6 doentes tratados por este alcaloide descoberto por Unverdorben, a cura foi obtida depois de algumas semanas (2 a 5) com a dóse de 15 a 60 centigrammos por dia. Filiberti diz ter verificado a excellencia do medicamento: administrou-o á uma doente e pouco depois o substituio pelos stupefacientes; contrariamente ao que se esperava os symptomas que tinhão diminuido, readquirirão a intensidade primitiva; foi de novo prescripta a phenilamina e a molestia cedeu. Davies, Skinner e Teissier não conseguirão resultados identicos.

O methodo de Turnbull tem pois as mesmas bases que o de Trousseau, o sulphato de anilina parece possuir a mesma acção sobre o organismo que a strychnina. As propriedades physiologicas da anilina são: em dóses pequenas, excitação da contractilidade muscular, cephalalgia orbitaria, vertigens, diarrhéa e algumas vezes nauseas e vomitos; com o sulphato de anilina as perturbações gastro-intestinaes são mais raras, o que lhe dá preferencia no tratamento da nevrose. Quando a dóse de anilina é consideravel manifestão-se contracções choreicas e tonicas em diversos musculos, principalmente na nuca e na face, d'onde o riso sardonico e o trismo, como no tetano strychnico, dyspnéa, cyanose, resfriamento da pelle, etc.

Os effeitos da anilina são pois quasi os mesmos que os da strychnina — é uma substancia tetanisante. Filehne julga que os derivados anilicos reunem as propriedades da strychnina e do curare, porque excitão o systema nervoso central produzindo convulsões, e depois paralysão o systema peripherico. Para Hirtz a anilina é um paralysante do systema nervoso da vida animal, a principio excitando e em seguida paralysando.

Um phenomeno curioso que se observa nos doentes tratados pela anilina é o colorido azulado dos labios, gengivas, lingua, unhas, cabellos, mãos e por fim de todo tegumento, ou ainda a côr verde ou vermelha d'estas partes. Letheby explica o facto admittindo a transformação da anilina pelos oxydantes com que se põe em contacto, dando lugar a diversas materias corantes. A metamorphose parece verdadeira e confirmada pelas analyses de Lutz, que encontrou na urina não a anilina, mas a fuchsina, que resulta, segundo Leloir [1] da desorganisação do sangue, entretanto Hœussermann e Schmidt descobrirão a anilina na urina, posto que Grandhomme usando de reactivos mui sensiveis não a tivesse encontrado.

O sulphato de anilina deve por conseguinte como a strychnina ser esquecido, ou pelo menos lembrado sómente quando outros meios de tratamento não tiverem aproveitado.

---

[1] *Gaz. med.*, 1879 e 1880.

3.º Picrotoxina. — A picrotoxina principio activo da cóca do Oriente (anamirta cocculus — familia das Menispermaceas) é uma glucoside muito conhecida na India e na Malasia, não só por suas virtudes curativas, como pelo singular poder de adormecer os peixes de modo a tornar facilima a pesca. As propriedades desta substancia são muito semelhantes ás da strychnina, administrada aos animaes provoca um verdadeiro ataque de epilepsia. Crichton Browne acredita que ella actúa a principio sobre o cerebro (stupor, somnolencia, lethargia) e que em seguida sua acção se estende aos tuberculos quadrigemeos, á protuberancia e ao bulbo (retro-pulsão, nystagmus, opisthotonos) ; as convulsões serião devidas á excitação dos centros motores corticaes de Ferrier. O cerebro só, diz elle, possue uma quantidade de substancia cinzenta sufficiente para a despeza de fluido nervoso que se observa no picrotoxismo.

Planat, adoptando as ideias de Brown-Sequard sobre a existencia de um fóco epileptogenico na medulla alongada, e vendo que as experiencias physiologicas provavão que esta substancia modificava a innervação bulbar, applicou-a em differentes casos de epilepsia. Os successos que obteve e os factos clinicos favoraveis citados por outros medicos o induzirão a usal-a na choréa, tanto mais quanto, ao inverso de Crichton-Browne, negava a acção da picrotoxina sobre o cerebro e suppunha que a principio ella excitava as funcções do bulbo e da medulla e em seguida as destruia. Os dous doentes em que Planat (1875) empregou a picrotoxina forão completamente curados, posto que em um d'elles a molestia datasse de 7 mezes e tivesse resistido a muitos tratamentos. É de admirar que produzindo esta substancia accessos epilepticos, Planat sustente que possue propriedades anti-convulsivantes muito uteis na maior parte das nevroses convulsivas.

MODERADORES DA ACÇÃO MEDULLAR

4.º Bromureto de potassio. — A acção sedativa do bromureto de potassio é muito proveitosa no tratamento da dansa de S. Guido, o seu uso encontra justificação na synthese dos resultados que nos fornecem a experimentação directa e a observação clinica.

Quem poderá negar na choréa a exaltação da excitabilidade da medulla, quem não reconhecerá n'essas contracções desordenadas, desharmonicas uma prova da hyperkinesia do apparelho de coordenação e transmissão, do qual o eixo medullar faz parte? É a essa facilidade que elle adquire de emittir descargas nervosas que devemos attribuir a exacerbação dos movimentos choreicos sob a influencia das excitações psychicas, sensoriaes ou tactis que no estado normal não despertarião a autonomia das cellulas nervosas. Nas condicções physiologicas, quando uma excitação transmittida á medulla por um nervo sensitivo é de pouca intensidade, mas sufficiente para produzir um acto reflexo, a actividade das cellulas dos cornos anteriores se reflecte apenas nos musculos que estão na dependencia da zona ou segmento medullar a que pertence o nervo sensitivo. Se porém a impressionabilidade dos elementos nervosos se acha mais desenvolvida, o que equivale a dizer — quando a sensibilidade reflexa está exaltada — a mesma estimulação centripeta, voluntaria ou não, invade novas zonas medullares, diffunde-se, transporta-se a outros centros reflexos e d'ahi contracções que se aniquilão até certo ponto e perturbão a coordenação dos actos musculares.

Conseguintemente todas as substancias que moderão o poder excito-motor do systema medullar tem uma acção cohibitiva sobre a actividade desordenada do apparelho muscular. N'essas condições está o bromureto de potassio.

O bromureto de potassio possue propriedades sedativas que, pela primeira vez observadas por Huette e Puche, o forão em seguida por Horing, Graefe, Eulenburg e Guttmann, Martin Damourette, Laborde e Pelvet. Quer esta substancia actúe directamente sobre o protoplasma das cellulas, ou sobre as fibras lisas dos vasos sanguineos, modificando a circulação e acarretando a olighemia dos centros nervosos (Danton) (1); quer os seus effeitos sejão devidos ao elemento bromo ou ao radical metallico; quer a consideremos como um medicamento nervo-muscular (Rabuteau, Martin-Damourette e Pelvet), ou como um veneno

(1) *These de Paris.* — 1874.

cardiaco (Guttmann, Eulenburg), ou ainda como um veneno medullar (Laborde), isto é, um agente cuja acção principal e primitiva consista na sedação dos phenomenos sensitivomotores de ordem reflexa; quer o bromureto de potassio atravesse o organismo no estado de sal de kalium, ou se transforme em um chlorureto de potassio (Bidd. de Philadelphia) — é incontestavel a sua influencia sedativa sobre o systema nervoso, influencia, que deve ser aproveitada para a cura da choréa.

Foi Gübler, o medico omnisciente, que estabeleceu as bases da therapeutica do futuro, quem introduzio este agente no tratamento da choréa: — em um doente de 16 annos tratado sem resultado pela strychnina a cura foi obtida em tres dias, graças ao bromureto [1]. Dumont [2] no mesmo anno conseguio com o sal de potassio a terminação rapida de uma choréa não rheumatica. Georges B. e Gallard dizem [2] que com o mesmo medicamento sempre obtiverão o desapparecimento da incoordenação choreica, até nos casos em que esta tinha resistido aos banhos sulphurosos, aos tonicos, ao tartaro. Worms não foi menos feliz e na gazeta dos hospitaes de 1869 refere a cura de uma choréa intensa. Haugt, citado pelo Snr. Raymond, curou em seis semanas uma choréa que datava de 13 annos, com a administração de 4 grammos de bromureto por dia. Bucquoy e Blondeau testemunhão os bons effeitos d'esta medicação.

Como porém o bromureto de potassio não é um medicamento anti-choreico, infallivel em todos os casos, nas mãos de alguns clinicos deu lugar a insuccessos: Dally [3] e Labbée vêem na electricidade e na hydrotherapia meios muito mais energicos; Prasbot, fundando-se em experiencias feitas em cães, nega toda a efficacia ao tratamento adoptado por Gübler, apinião ousada porque a molestia que denomina choréa dos cães não é a choréa dos homens.

A infelicidade de Dally, que repelle e condemna o bromureto, póde ser explicada pela parcimonia com que usou d'este sedativo,

---

(1) *Gaz. hebd.* 1865. — *Bull de therap.* 1865.
(2) *Bull. de therap.* — 1869.
(3) *Bull. de therap.* — 1876.

quando todos os clinicos que o aconselhão insistem sobre a necessidade de altas dóses, de 4 grammos por dia.

O Snr Kohn, tratando do bromureto de potassio, cita em sua these observações colhidas na clinica de Gubler, Blache, Vulpian, Syredey, Bouillaud, etc., que mostrão não só os effeitos beneficos d'esse medicamento, como a sua inocuidade e facil tolerancia quando a dóse quotidiana não excede a 8,0.

O bromureto de potassio offerece, pois, grandes vantagens na choréa e teria sempre a preferencia, se os accidentes ligados ao bromismo (perda de appetite, diarrhéa, catarrho bronchico, perturbações da nutrição, etc.) não obrigassem muitas vezes o medico a suspender ou diminuir a dóse necessaria.

Finalmente, devemos dizer que o bromureto de potassio é tambem um auxiliar poderoso do chloral e do ether.

5.° Ether. — O tratamento por meio das pulverisações de ether deve figurar ao lado do precedente, porque é dirigido contra a hyperkinesia medullar e actúa como moderador da sensibilidade reflexa.

Foi o Dr. Lubelski de Varsovia quem chamou a attenção dos medicos europêos para as vantagens das pulverisações de ether ao longo da columna vertebral, publicando uma observação que patenteava de modo indubitavel a efficacia do methodo: Lubelski teve a ideia de anesthesiar (em uma doente cuja molestia resistiu aos anti-spasmodicos e tonicos) a medulla por meio de uma corrente de ether sulphurico, para o que serviu-se de um apparelho muito usado na arte dentaria. Os dois ramos d'este, que tem por fim prender o dente á extrahir, forão applicados aos lados do rachis; depois de duas aspersões, durando cinco minutos cada uma, a ataxia choreica diminuiu consideravelmente e cessou no fim de seis dias. Como era natural, a communicação feita por Lubelski não inspirou confiança aos medicos francezes, que limitarão-se a notar a coincidencia entre a etherisação local da região rachidiana e a cura completa da ataxia muscular.

Algum tempo depois Zimberlin, professor em Strasburgo, lembrando-se do conselho de Lubelski, recorreu ás pulverisações de

ether em uma choreica tratada sem proveito pelos outros meios conhecidos, e a cura foi obtida em duas sessões de 3 minutos cada uma, com intervallo de 24 horas.

Perroud, medico do Hotel-Dieu em Lyão, tentou diversas vezes o methodo de Lubelski; se não foi tão feliz como seus antecessores, comtudo sempre obteve attenuação duradoura da incoherencia motora.

Para Jaccoud, as pulverisações de ether constituem uma base therapeutica; alguns revezes lhe podem ser tributados, diz o auctor, mas qual a que não os tem? Roger, Bergeron e Schutzenberger são de opinião contraria, ao passo que Rose, Mazode e Lyons louvão o seu emprego.

O que verificamos pela leitura das observações transcriptas em algumas theses e em diversos jornaes, não foi completamente desfavoravel a este modo de tratamento; em todos os casos houve diminuição muito sensivel dos movimentos corheiformes, que entretanto nem sempre cessarão de todo. Parece pois, que as pulverisações ethereas moderão a intensidade dos symptomas, e tanto mais rapidamente, quanto mais violentos são; mas não se póde affirmar que possuem a efficacia necessaria para jugular inteiramente a molestia.

Eis qual o modo de pratical-as:

Os doentes devem ter o dorso completamente descoberto desde a nuca até o sacrum, e as pulverisações, feitas com o apparelho de Richardson ou de Marinier, serão dirigidas sobre o rachis, de sorte que a projecção se faça não sómente sobre as apophyses espinhosas, mas em uma área de 2 a 5 centimetros de cada lado. A pulverisação não durará mais de 5 minutos, tempo sufficiente para que se produza a pallidez da pelle. Nos primeiros dias convém não exceder a duas pulverisações regularmente espaçadas; mais tarde, não só a duração, como o numero, poderá ser elevado, principalmente se o doente não apresentar melhoras.

Qual a acção das pulverisações de ether, por que mecanismo produzem esse effeito sedativo? Não se podendo pensar que o ether actúe directamente sobre o eixo nervo-rachidiano, ou sobre

os nervos que d'elle emanão, pois que teriamos de admittir a imbebição gradual dos tecidos, nem na anesthesia da medulla, produzida por um resfriamento estendendo-se progressivamente da superficie para as partes profundas, como pretendeu Zimberlin; temos de admittir uma influencia á distancia, uma modificação vascular, a eschemia do eixo medullar, eschemia consecutiva á fluxão erythematosa da pelle. É provavel que a medicação de Lubelski obre como um refrigerante apenas, e que o effeito therapeutico seja devido ao seu poder revulsivo.

Tanto mais exacta nos parece esta opinião, quanto os resultados que dá o systema das pulverisações de ether são obtidos com as applicações de gelo sobre a columna vertebral, processo que tem ainda a vantagem de ser mais expedito e mais facil: escolhe-se um pedaço de gelo de fórma mais ou menos arredondada e com elle fricciona-se levemente toda a extensão do rachis, attendendo-se ás mesmas recommendações feitas para as pulverisações, isto é, que o tempo de applicação não exceda a 5 minutos nos primeiros dias; o seu numero póde ser elevado a 4 ou 6, e á medida que a molestia fôr declinando, deve ir diminuindo.

As pulverisações de ether e as applicações de gelo são novos recursos a empregar no tratamento da choréa; quando não debellem a molestia, não arriscão os doentes á serios perigos, como os que acompanhão o uso do tartaro, da eserina e da strychnina. Jaccoud diz que as pulverisações e o bromureto de potassio são os meios que mais confiança lhe merecem, e que até é preferivel iniciar o tratamento pelo primeiro.

6.º Hyosciamina. — Os alcaloides extrahidos das solaneas virosas são preconisados por alguns auctores; a hyosciamina, a atropina e a daturina figurão na extensa lista dos medicamentos apregoados contra a dansa de S. Guido. Os dois ultimos serão abandonados porque se tem permittido alguns successos devem-nos antes ao acaso do que á sua energia curativa. A daturina alcaloide da datura-stramonium deve ainda ser completamente esquecida, a atropina tem todas as suas propriedades, e é um alcaloide mais conhecido. A hyosciamina, alcaloide da hyosciamus niger, merece porém a preferencia.

Laurent firmando-se em experiencias proprias feitas em animaes e na observação de numerosos casos de envenenamento julga que, como a atropina, o alcaloide da hyosciamus niger tem acção sobre o systema sympathico produzindo modificações da circulação capillar: constricção vascular e eschemia se a dóse é fraca, paralysia e hyperhemia se é elevada. O mesmo experimentador diz que a hyosciamina não actua sobre o systema nervoso da vida de relação, deixa intacta a sensibilidade, e que a excitabilidade do apparelho muscular striado escapa á sua influencia.

A tendencia ao somno, a ausencia das hallucinações, dos phenomenos convulsivos, da perversão do rythmo respiratorio e do rythmo da revolução cardiaca, quando não se vae além de alguns milligrammos, são outras tantas circumstancias que dão á hyoscimina vantagens sobre os seus congeneres—a atropina e a daturina.

Levado por estas vistas theoricas, suppondo que a olighemia cerebral e medullar que a hyosciamina determina poderia ser favoravel no tratamento da choréa, Oulmont administrou-a a 6 doentes sempre com proveito. A dóse empregada foi de 2 milligrammos no primeiro dia, em seguida elevada gradualmente até a cura ou a producção dos phenomenos que indicavão um começo de saturação: dilatação extrema da pupilla, aridez da garganta, dysphagia, etc. Quando attingia a dóse de 6 milligrammos Oulmont esperava 3 dias no fim dos quaes augmentava-a com precauções sem exceder a 1 centigrammo, dóse maxima. Em todos os casos a cura effectuou-se entre 15 a 20 dias.

7.° *Electricidade.* — Nos tempos actuaes rara é a molestia nervosa que escapa ás tentativas da electrotherapia e a choréa, que não poucas vezes ostenta a maior indifferença aos agentes com que a Chimica e a Botanica armão o medico, não podia deixar de lançar um desafio aos grandes agentes da physica — a electricidade e o magnetismo.

Levado por concepções mais ou menos hypotheticas sobre a natureza do fluido nervoso, Haën no seculo passado recorreu a eletricidade e, dizem, conseguio 10 curas, posto que se utilisasse de um processo hoje abandonado.

O illustre medico de Vienna provocava os abalos electricos em seus doentes por meio da machina electrica e do condensador de Leyde (300 a 500 abalos em $^1/_2$ hora). Underwood, Meyraux, Fothergill, Heberden na Inglaterra, Baumés, Labaume, Bally, Sigaud em França seguirão o exemplo vindo da Allemanha, mas que tiverão de abandonar porque seus esforços não erão coroados.

Hoje ainda é muito contestada a efficacia da electricidade no tratamento da choréa e nem aquelles que a empregão se achão de accôrdo sobre a maneira de applical-a; um ponto porém está fóra de duvida — a inutilidade das correntes interrompidas.

A direcção das correntes continuas faz variar a acção que estas exercem sobre a medulla : as ascendentes são excitantes e as descendentes de effeito opposto, differença esta que deveria influir e dar preferencia ás segundas. Entretanto as opiniões dos pathologistas divergem. Rosenthal, Remak e Benedikt acreditão e affirmão ter verificado que o sentido da corrente não modifica os resultados, emquanto que Onimus e Legros fazem disto uma questão capital. Uns querem que as applicações se fação sómente na medulla, outros no sympathico cervical e nos nervos periphericos.

Onimus pronunciando-se sobre a escolha da corrente emitte uma opinião que só serve para comprometter o emprego da electrotherapia na choréa; diz que as correntes ascendentes devem ser preferidas apesar de sua grande excitabilidade. Custa admittir que em uma molestia tão eminentemente reflexa, na phrase do Sr. Bardet, a excitação da medulla se torne proveitosa. Bardet pretende explicar tal contradicção suppondo de accôrdo com Chaveau que o polo negativo produz effeitos de excitação nos pontos proximos do lugar de applicação, e que o polo positivo obra diversamente, de modo que se este é collocado exactamente sobre a zona medullar donde se irradia a excitação reflexa, a sua acção hyposthenisante se torna manifesta, quer o outro se ache mais abaixo ou acima.

Constantin Paul empregou a electricidade sob a fórma de banhos faradicos, fazendo passar correntes de inducção atravez da agua de uma banheira. Os resultados que conseguio não forão dos mais brilhantes.

A electricidade statica foi utilisada por Debout que recolheu 13 casos favoraveis e considerou-a superior a todos os outros recursos então conhecidos (1859). Segundo o Sr. Arthuis a electricidade statica só aproveita quando com a choréa ha manifestações de um estado hysterico.

Assim na falta de observações numerosas nada podemos concluir em relação á electrotherapia. Em um doente da clinica do Sr. Dr. Martins Costa durante um mez fizemos quotidianamente applicações das correntes descendentes, durando 5 minutos cada sessão; poucas melhoras observamos. Verdade é que se tratava de uma hemichoréa symptomatica, como nos demonstrou a autopsia.

3.º GRUPO

MEDICAMENTOS QUE PRODUZEM O SOMNO

Chloral e Opio. — O chloral com suas propriedades hypnoticas não podia ser esquecido no tratamento da choréa. A ataxia choreica, já o dissemos, os movimentos involuntarios, cessão durante o somno natural ou provocado. Os medicamentos que podem provocar a hypnose são o opio e o chloral. O chloroformio poderia ser utilisado, mas os inconvenientes e perigos da sua administração não constituem de certo incentivos ao seu emprego.

Os preparados de opio, a morphina principalmente, gosão de propriedades stupefacientes, suspendem a actividade dos centros nervosos cerebraes, provocão o somno; mas é um somno agitado, precedido ou seguido de nauseas, abatimento, cephalalgia, indisposição geral e que differe do somno calmo e reparador. Ainda mais para se obter este estado é preciso administrar com prodigalidade o medicamento, *largo manu,* em relação á intensidade dos symptomas (remedii dosis et repetendi vices cum symptomatis magnitudine omnino sunt conferendæ — Sydenham). A quantidade de opio necessaria para debellar a incoordenação motora ás vezes parecerá excessiva e entretanto os doentes a supportão regularmente, porque a capacidade organica para o medicamento pelo facto da molestia affasta-se dos seus limites normaes. Trousseau, em uma doente,

chegou a dar 75 centigrammos de morphina, e em outra chegou a tal dóse, que se não fosse o grande medico do Hotel-Dieu quem o affirmasse, ninguem acredital-o-hia: — a doente tinha sido submettida ao tratamento pela strychnina, e continuando a agitação extrema com todos os seus graves inconvenientes, Trousseau sujeitou-a á acção do sulphato de morphina. No primeiro dia a dóse foi de 4 grãos (20 centig.), no segundo de 8 grãos (40 centig.), no terceiro 12 (60 centig.), e nos seguintes 20 grãos (1 grammo), 25 (1,25) e por fim 30 grãos ou uma gramma e meia. Apezar da quantidade enorme de morphina que a doente ingerio, só conseguio sahir do hospital de Necker 27 dias depois de sua entrada.

O opio deve, pois, ser posto de lado; não póde supportar o confronto com o chloral, tão empregado por Lorain, Russell, Verdalle, Gairdner, Bouchut, Brigton, Carrothers, etc.

O hydrato de chloral é utilisado sob dous pontos de vista differentes — como meio curativo e como auxiliar de outros medicamentos. O 1.º methodo é o de Bouchut, que procede nas choréas graves do seguinte modo: os doentes (crianças) tomão pela manhã 3 gr. de chloral, dormem até ao meio-dia, alimentão-se em seguida e 2 horas depois tomão mais 3 grammos.

A medicação é continuada até o desapparecimento da molestia, ou pelo menos até que se obtenha sensivel melhora.

Os Sñrs. Rilliet e Barthez chamão a attenção para o aspecto da face dos doentes submettidos a essas dóses elevadas, aspecto que até certo ponto simula uma erysipella por placas disseminadas. Estes auctores são ainda de opinião que se contassem com a acção curativa do chloral se exporião a singulares decepções.

Parece que como meio curativo o chloral merece grande confiança, e os successos não se contão por poucos.
Si tivessemos de fallar pelo que vimos na Policlinica, só teriamos de recommendar este medicamento, e dizer que nunca deve ser esquecido, pois que permitte successos quando outros nada tem conseguido. Aquelles que nos responderem que as curas tributadas as chloral são illusorias, e que a influencia benefica do tempo é o unico auxiliar do clinico, aconselharemos leitura das nossas duas

observações (n.os 3 e 5) tomadas na Policlinica; forão dous brilhantes successos alcançados pelo professor Moncorvo. Este distincto clinico prescreve a chloral em clysteres na dóse de 1 a 3 grammas por dia, segundo a violencia da molestia.

Unido a outros agentes, o chloral offerece ainda maiores vantagens: facilita a acção deste, e previne o esgotamento nervoso e a prostração que podem resultar da insomnia, não rara nos casos graves. Unido ao arsenico, aos tonicos, ao bromureto ou á electricidade, etc., dá brilhantes resultados.

O somno chloralico é inteiramente semelhante ao somno natural, vem quasi sempre gradualmente, não é perturbado por hallucinações ou sonhos, não deixa como vestigios as nauseas, a dyspepsia e todos os outros inconvenientes da narcose opiacea.

Sem querermos discutir o mecanismo da hypnose chlolarica diremos comtudo que Hammond, de New-York, fazendo experiencias com o cephalo-hemometro pretendeu provar a theoria de Durham; trepanando o craneo dos animaes choralisadas vio por meio do seu apparelho a principio congestão cephalica e depois anemia no começo do somno. O mesmo phenomeno foi observado por Cl. Bernard a proposito do chloroformio. Mosso (Roma 1880) observou por meio do hydro-sphygmographo que durante o somno o cerebro diminuia de volume. Offert crê que o chloral produz a hypnose obstando ao conflicto entre o oxygenio do ar e os globulos sanguineos.

Preyer admitte tambem uma falta momentanea de oxydação na materia cerebral, devida não á anemia, mas a um destino differente que toma o oxygenio emquanto dura o somno.

Quaesquer que sejão as theorias, a acção hypnotica do aldehydo tri-chlorado é incontestavel, muito aproveitavel em uma molestia entre cujos symptomas graves está a insomnia, e em que um dos melhores beneficios é o somno.

Assim, pois, todas as vezes que a ataxia choreira impedir o repouso nocturno, o chloral tem sua indicação positiva, principalmente nas crianças que o tolerão bem e supportão mal o opio.

Sobre o chloroformio pouco diremos. As inhalações forão

preconisadas por Gery, que sobre este assumpto escreveu sua these em 1855, e por Prevost quando ainda o chloral não pertencia ao dominio da therapeutica.

Hasse, Lowes, Barclay e Ritter as empregarão com vantagem em casos em que a violencia dos movimentos era tal que ameaçava occasionar accidentes mortaes.

4.º GRUPO

TONICOS. — ARSENICO.

A medicação tonica é de utilidade incontestavel na choréa. A indicação therapeutica em uma molestia resulta da analyse dos elementos que a constituem e não de uma noção mais ou menos hypothetica sobre a sua essencia; mas na apreciação destes convém que a preoccupação por alguns d'elles não faça olvidar outros que, se não representão o papel predominante na symptomatologia, não raras vezes tem sob sua dependencia a evolução morbida. É assim que na choréa o clinico não se deve deixar illudir pelos symptomas que mais impressionão os sentidos — os movimentos choreicos e combattel-os sem attender ás suas condições pathogenicas.

Se vissemos sempre na dansa de S. Guido uma affecção de fundo rheumatico juntamente com os sedativos, prescreveriamos os anti-rheumaticos. Não é porém essa diathese infallivel na etiologia da molestia, e então é a anemia, a deficiencia das forças nutritivas que se impõe como factor etiologico primordial, e elle reclama imperiosamente o tratamento tonico. Mesmo nas choréas rheumaticas a medicação reconstituinte tem applicação, porque a discrasia sanguinea é uma das consequencias da influencia debilitante do estado nervoso e do vicio rheumatico.

Igualmente quando o doente possue um organismo depauparado, esgotado por excessos, pela tuberculose, escrofulose, na convalescença de uma pyrexia que o tem prostado, os restauradores da nutrição constituem a base indispensavel de todo o tratamento.

Foi a titulo de tonico que o arsenico introduzio-se na therapeutica da choréa. Deverá porém figurar como tonico este medi-

camento, que na phrase de Bouyer (movimento medico 1875) antigamente veneno é hoje um dictame precioso que representa bem o symbolo da serpente hyppocratica: — *o veneno é esquecido e só as virtudes são utilisadas.*

Embora a escola italiana o considere um hyposthenisante, ainda que para Hahnemann seja uma substancia pyretogenica, para Hirtz e Trousseau um alterante, isto é, tudo e nada; para Bochn e Himtemberger um deprimente da circulação, hoje ninguem desconhece suas propriedades reconstituintes. O arsenico, ou melhor, o acido arsenioso, é um medicamento de poupança, que modera os gastos da economia, attenua o movimento de desassimilação, restringe as despezas organicas, como o fazem o alcool e o café Na economia o acido arsenico soffre uma serie de oxydações e reducções em contacto com os tecidos cuja nutrição é muito activa, e do abalo que estas oxydações e reducçõos alternativas e rapidas da albumina organisada produzem no organismo, resultão os effeitos toxicos das preparações arsenicaes (Binz e Schultz, *Rev. d. sc. med.* 1880).

Actuando sobre os hematinos o arsenico diminue a sua vitalidade, modera a combustão dos elementos respiratorios e d'ahi diminuição da uréa e da exhalação de acido carbonico (Brettschneider), abaixamento da temperatura e, conseguintemente, o accumulo nos tecidos da gordura resultante das queimas incompletas dos materiaes hydro-carbonados.

O arsenico tem tambem sobre o systema nervoso uma acção indiscutivel provada pelas experiencias de Sklarek, para quem elle actuaria modificando e destruindo a actividade cerebral, de Gauthier, de Schimdt, de Scolusoboff (1) que mostrão que nos casos de paralysia arsenical ha 30 vezes mais arsenico na medulla e no cerebro do que nos musculos, e finalmente de Sydney Ringer e Murrel. (2) Estes ultimos auctores resumindo os phenomenos obtidos com a administração de doses crescentes de arsenico referem o enfraquecimento da sensibilidade, da motilidade, e do poder excito-

---

(1) *Soc. de bial.* 1875.
(2) *The Journ. of Phys.* — vol. 1.

motor e voluntario, depressão da sensibilidade reflexa e por fim paralysia; d'onde elles concluem que o acido arsenioso, veneno para os tecidos, paralysa o systema nervoso, destróe a conductibilidade dos nervos motores e a irritabilidade muscular. Gubler, Giess e Huglings Jackson (1) acreditão que os compostos de arsenico têm uma affinidade electiva para a substancia nervosa e que nos tecidos que contém phosphoro o arsenico póde se substituir a este, como succede nos envenenamentos.

O arsenico é ainda um estimulante do appetite, facilita os actos da digestão determinando a hypersecreção glandular e augmentando as contracções intestinaes (A. Lesser).

As propriedades que tem o arsenico sobre a nutrição e sobre os centros nervosos justificão pois o seu uso no tratamento da choréa, e os beneficios que assegura são taes, que devemos consideral-o uma das medicações mais efficazes contra esta molestia que, como a hysteria, não poucas vezes desafia os recursos da therapeutica, resiste aos agentes mais energicos para em seguida cessar sob a influencia de algumas pulverisações de ether.

O tratamento da choréa pelo arsenico data de muito tempo. Segundo Aran em 1806, foi empregado por Girdlestone; entretanto Bouteille (1810) estendendo-se largamente sobre a therapeutica da dansa de S. Guido não faz allusão á essa substancia. Th. Martin em 1813, Salter em 1809 e Gregory em 1820 na Inglaterra, Basedaw, Venus e Steinthal, na Allemanha, publicarão observações de choréa curada pelo arsenico. Foi porém Romberg o verdadeiro autor da medicação arsenical, quem dispertou a attenção dos medicos para esse ponto; em sua clinica (1846) fez um estudo detalhado de alguns choreicos por elle tratados exclusivamente pelo arsenico e considerou-o um dos recursos mais seguros para combater a molestia, capaz de modificar as choréas anormaes e rebeldes que tiverem sido tratadas sem successo por outros meios. Em pouco tempo na Allemanha e na Inglaterra factos numerosos vierão estabelecer definitivamente as vantagens do methodo allemão. Rees, de Boston, diz ter tratado com feliz exito mais de 200

(1) *Lancet* 1879.

choreicos, e affirma que o licor de Fowler é um agente que cura tão seguramente a dansa de S. Guido como o sulphato de quinina a febre intermittente. Pereira dizia que em certo numero de casos, este medicamento actuava como um verdadeiro especifico. *(Elem. of med.)*

Em França foi Guersant quem introduzio o tratamento pelo arsenico, e n'um curioso artigo publicado na *Union Medicale de* 1847 criticando os diversos meios adoptados, termina assegurando ás preparações arsenicaes poder curativo superior á todas as outras. Esta opinião não tardou a ser abalada pela critica severa e ironica de G. Sée. Com effeito, o illustre professor francez não manifesta pelo tratamento arsenical o mesmo enthusiasmo que os seus predecessores. O unico merito, diz elle, d'este veneno parece consistir na difficuldade e no perigo de sua administração, e a affirmativa de Rees não passa de uma condemnavel exageração.

Bouvier para quem a gymnastica era tudo, mostra o mesmo desprezo pelo novo remedio que a Allemanha tinha introduzido na therapeutica da choréa.

Durante um lapso de 10 annos o tratamento arsenical depreciado por G. Sée foi esquecido. E em 1859 Aran o rehabilitou, e a proposito de um caso de choréa unilateral datando de muitos annos, curada em alguns dias pelo acido arsenioso, confirmou a asserção de Rhomberg.

Stone um anno depois publicou o resultado de suas experiencias feitas com o sulphato de zinco, o ferro e o arsenico: em 26 choreicos tratados pelo sal de zinco a cura teve lugar 13 vezes; em 14 nos quaes empregou os ferruginosos, o tratamento durou na média 45 dias, e em 20 em que o methodo Rhomberg foi instituido obteve a cura 18 vezes e n'um prazo de 20 a 26 dias; um dos doentes apenas teve melhoras e outro morreu de uma affecção intercurrente.

O arsenico, pois, lhe pareceu superior aos preparados marciaes, e estes ao sulphato de zinco.

Long, interno de Bouchut, refere em sua these (1860) que em 11 doentes que forão tratados pelo arseniato de potassio na dose

de 2 á 25 milligr., 11 vezes conseguio a cura. Gellé na clinica do Dr. Gillette recolheu 34 observações de choréa tratada pelo arsenico, e nas quaes encontrou 24 casos de cura completa obtida em menos de 20 dias. Procurando estabelecer as indicações deste agente, o mesmo autor é de opinião que nos individuos sanguineos, nos casos graves, quando a agitação é tal que produz escoriações, impede a alimentação, difficulta a respiração e impede o somno, os narcoticos são mais proveitosos do que o arsenico — que é efficaz quando ha lymphatismo, chloro-anemia, e não urge dominar de prompto a ataxia choreica.

Jaccoud na sua clinica insiste sobre os bons resultados obtidos pelo professor Wannebroucq, de Lille, com a administração do arseniato de sodio em doses crescentes. Siredey, no hospital de Lariboisière e em sua clinica particular emprega sempre de preferencia o arsenico. Rilliet e Barthez, Cadet de Gassicourt, Archambault e quasi todos os pathologistas modernos são partidarios da medicação arsenical, que encontra na Allemanha a mais ampla aceitação e é adoptada por Zimssen, Steiner, Eulemburg, etc.

Modos de administração

Romberg usava da seguinte formula:

Licor de Fowler............... 1 parte
Agua distillada................. 1 »

Para tomar 4 gottas em um copo de agua com assucar 3 vezes por dia.

Aran administrava o acido arsenioso e seguindo pratica inversa á de Romberg prescrevia logo no começo altas doses:

Acido arsenioso.................. 0,05
Agua distillada.................. 100,0

Cada colher de chá ou 5 gr. encerra 25 milligrammos de arsenico. No 1.º dia o doente tomava uma colhersinha, no 2.º duas, no 3.º tres e assim até chegar á dose maxima de 5 colheres ou 30 gr. da solução; mantinha então esta dose por algum tempo e depois a diminuia gradualmente.

Methodo de Gillette. — Gillette prefere o arseniato de sodio que não tem propriedades tão irritantes como o acido arsenioso e é mais soluvel n'agua. Formula uma poção de modo que em 5 gr. haja 1 milligr. do composto arsenical. No 1.° dia o doente toma 1 a 2 colheres de chá conforme a idade, e nos dias seguintes augmenta-se a dóse de mais 1 a 2 colheres; o tratamento não deve exceder a 8 dias. Por este methodo Gillette diz que evita os accidentes da intolerancia e que nos doentes em que o empregou só duas vezes teve de suspender a medicação em consequencia de diarrhéas e nauseas; quasi sempre obteve a cura em menos de 25 dias, resultado magnifico pois que a gymnastica exige de 30 á 40 (Blache, Sée), os banhos sulphurosos de 30 á 50 e a strychnina de 40 a 45 (Trousseau).

Methodo de Siredey. — A pratica de Siredey é a seguinte:

Julepo gommoso...................... 60,0
Licôr de Boudin.................... 6,0

M. Tome ás colheres de modo a esgotar a poção em 24 horas. Com este methodo a tolerancia se estabelece perfeitamente. Como porém a cura só tem lugar após a saturação da economia pelo arsenico, augmenta-se cada dia de 2 gr. a quantidade da solução de Boudin até o apparecimento de nauseas, vomitos e diarrhéa. Suspende-se então o uso da poção por 2, 3, 4 ou 6 horas e quando o estado nauseoso tem cessado volta-se novamente a ella com intervallos mais espaçados.

Geralmente no fim de 4 a 8 diz, diz Siredey, se consegue a cura ou uma melhora sensivel; diminue-se então progressivamente a dóse. Nos adultos administra-se logo no primeiro dia 15 ou 16 grammas da solução de Boudin.

Methodo Allemão. — Steiner ajunta o opio ao arsenico quando a agitação é consideravel e receita a formula seguinte:

Licôr de Fowler............... 8 gottas
Tintura simples de opio..... 6 gottas
Agua distillada............... 120,0

P. tomar 4 colheres por dia.

Gassicourt, Rilliet e Barthez administrão o arseniato de sodio de dous modos: — quando a molestia não é intensa limitão-se á doses fracas, isto é 3 a 6 milligr. por dia até que ella ceda; quando incoordenação choreica é muito pronunciada adoptão o methodo das doses crescentes começando por 5 milligr. e augmentando cada dia mais 5 milligr. até que se manifestem os primeiros indicios da intolerancia; então mantem a ultima dose durante algum tempo e depois gradualmente a diminuem..

Como affirmão estes clinicos o arseniato de sodio é facilmente tolerado pelas crianças, e quando sobrevem os phenomenos de intolerancia (diarrhéa, vomitos, colicas, cephalalgia, etc.) basta suspender por alguns dias o tratamento para se conseguir o seu desapparecimento.

Finalmente Radcliffe ([1]), Eulenburg, Lewis Smith e Perroud preconisão o methodo das injecções hypodermicas que lhes permitte obter effeitos muito mais rapidos do que pela via gastrica. O preparado escolhido para estas injecções é o licor de Fowler na dóse de 4 a 5 gottas.

De todos os methodos o que nos parece melhor é o de Gassicourt e Barthez que permitte attingir dóses elevadas, procedendo sempre com prudencia. O das injecções tem a inconveniencia de determinar reacções locaes mais ou menos prejudiciaes, como dôres violentas, inflammação, etc.

Como medicamentos tonicos os preparados de ferro podem ser tentados. Assim o iodureto de ferro, perfeitamente tolerado pelas crianças é de grande utilidade; a tinctura de Marte tartarisada na dóse de 10, 20 a 30 gottas por dia em duas dóses, as pilulas e a solução de Rabuteau são ainda lembradas. Alguns querendo aproveitar ao mesmo tempo as propriedades do arsenico e do ferro prescrevem o arseniato de ferro. Os ferruginosos dão porém melhores resultados quando juntamente se pratica a hydrotherapia.

Banhos sulphurosos. Banhos frios. — Os banhos sulphurosos podem vantajosamente sustentar parallelo com a gymnastica e tem

utilidade incontestavel não só por sua acção tonica, como na choréa rheumatica a essencia da molestia os indica. Por este meio, prescripto de conformidade com as regras estabelecidas por Baudelocque, a cura se obtem em pouco tempo. G. Sée reunindo as observações de Blache, Rufz, Constant e Baudelocque formou uma estatistica de 65 casos dos quaes 58 terminados pela cura em menos de um mez de tratamento. Em 57 doentes Sée obteve a cura 50 vezes em menos de 26 dias.

O emprego dos banhos sulphurosos é muito racional nas choréas manifestamente rheumaticas, acompanhadas ou precedidas de dôres articulares. É de todos conhecida a efficacia dos banhos sulphurosos nos rheumatismos chronicos e apyreticos; quando a choréa é a expressão do rheumatismo e por sua pouca violencia não indica uma manifestação aguda a administração dos banhos é sempre proveitosa. Se porém o vicio rheumatico determinar phlegmasias serosas internas nas que surgem as vezes tão insidiosamente, os banhos devem ser proscriptos porque poderão incremental-as e aggravar as condicções do doente. Outras contra-indicações ainda teem os banhos sulphurosos: 1.° Quando o uso d'elles determinar erupção para o tegumento externo, viva fluxão caracterisada por pequenas papulas ou uma vesiculação confluente e dolorosa, deverão ser suspensos para que a acção excitante não vá além do limite desejado e constitua um estimulante da acção medullar. 2.° Se a agitação do doente dá lugar a excoriações cutaneas, com mais forte razão urge evitar nova irritação que poderá provocar reacção febril, insomnia, etc.

As regras estabelecidas por Baudelocque e de cuja rigorosa observancia depende o exito do tratamento são as seguintes: 1.° A quantidade de sulphureto de potassio não será inferior a 15 nem superior a 30 grammas para 100 litros d'agua; 2.° a temperatura do banho deverá ser de 30 a 32 gráos; 3.° os banhos serão repetidos todos os dias e durarão uma hora pelo menos.

Os banhos sulphurosos nas choréas de pouca intensidade, manifestamente rheumaticas (acompanhadas de rheumatismo articular apyretico), apresentão pois vantagens que convém não esquecer.

A hydrotherapia sob todas as suas fórmas póde ser applicada com o fim de restaurar o estado geral. As propriedades sedativas e tonicas do frio são de conveniencia nos ultimos tempos da molestia, quando depois de refreada a modalidade morbida do systema nervoso, o habito e as más condições da economia são as circumstancias que entretem a incoherencia dos movimentos.

As loções frias, os banhos de chuva, de mar, as duchas representão a ultima parte do tratamento da dansa de S. Guido, mas serão sempre proscriptos quando houver uma localisação visceral da diathese rheumatica e nas creanças, quando causão emoções, como uma viva repugnancia.

Gymnastica medica. — A gymnastica medica ou a mecano-therapia, como a denomina Schraeber, praticada segundo os principios rigorosos estabelecidos por Ling (Principios geraes da Gymnastica, Upsal, 1833) é um dos meios curativos mais seguros e simples nos casos em que a agitação é de pouca gravidade e não obriga o medico a uma intervenção mais activa, que debelle mais rapidamente a molestia. Dos methodos de tratamento empregados na primeira metade d'este seculo a gymnastica é um dos poucos que devem ser conservados.

A applicação da gymnastica no tratamento da dança de S. Guido data com effeito de muitos annos, forão os brilhantes resultados colhidos por Ling na Suecia com a gymnastica jussita e ordinata que induzirão Lauvet de Lamarre a aconselhal-a em França, para romper o habito morbido que tantas vezes entretem a molestia no fim do tratamento pelos meios pharmaceuticos. Joly pouco depois (1836) em uma memoria apresentada á Academia de Medicina indica a gymnastica, a dança e o exercicio ao piano como recursos de grande valôr para a cura desta molestia. Pela mesma época Recamier confiando na influencia dos movimentos cadenciados sobre as contracções desordenadas dos musculos da vida de relação, obriga os seus doentes a seguirem os batalhões pelas ruas de Pariz, e Trousseau sujeita-os a exercicios rythmados mediante um metronomo. D'esde então a gymnastica activa e passiva foi apregoada, principalmente depois que Blache com os factos de sua clinica assegurou

a superioridade d'este methodo sobre muitos outros. Os medicos não tiverão mais do que vencer a reluctancia do povo que não comprehendia a utilidade de uma therapeutica tão simples.

Em 108 doentes tratados exclusivamente pela gymnastica Blache dá como média da duração do tratamento 39 dias. Sée em 22 obteve 18 vezes a cura em um prazo de 30 dias. Moynier em sua these reune 77 casos tratados sómente pelo methodo de Ling e todos terminados pela cura em menos de 45 dias. Este ultimo resultado não é muito favoravel pois que tal espaço de tempo é sufficiente para a terminação espontanea da choréa, tanto mais quanto o tratamento só foi encetado quando a nevrose já datava de muitos dias.

Quando a gymnastica modifica favoravelmente a molestia, as mudanças são tão rapidas, que no fim de poucos dias, 8 a 12, os doentes já podem caminhar desembaraçadamente, servir-se regularmente dos seus braços e fallar de modo intelligivel; em seguida nota-se uma parada na marcha decrescente dos symptomas, depois melhora rapida e por fim a cura.

O processo que dá melhores e mais promptos resultados é o de Laisné (*Application de la gymnastique à la guérison de quelques maladies* — Paris, 1865), ex-professor no collegio de S. Luiz-o-Grande e encarregado da direcção dos exercicios gymnasticos nos hospitaes de Paris. Laisné collocava o doente diante de si e fixava-o solidamente com as pernas, amarrava-lhe as mãos e obrigava-o a executar com cada braço alternadamente movimentos rythmados ao som de algum instrumento, ou por meio do canto, evitando sempre que os movimentos spasmodicos alterassem os movimentos cadenciados. Terminado o exercicio, fixava os braços e passava ás pernas. Decorridos alguns momentos fazia uma pausa, durante a qual procurava impedir todo o movimento pathologico.

Quando o doente executava bem e sem auxilio do professor os movimentos ordenados, isto é, se já praticava a gymnastica activa, passava a outra ordem de exercicios (escadas, barra fixa, etc.), em que a vontade d'elle intervinha exclusivamente.

Como actúa a gymnastica no tratamento da choréa? A sua

acção tonica é incontestavel, e Blache, sem negar o effeito salutar que ella exerce sobre a nutrição, dá a seguinte explicação: o que se oppõe nos choreicos ao livre exercicio dos movimentos voluntarios é a acção insufficiente, ou mal regulada, dos musculos principaes destinados a produzil-os, e a falta de precisão nas contracções dos antagonistas ou moderadores. Para debellar este estado devemos augmentar a tal ponto o imperio da vontade sobre os musculos, que as contracções d'aquelles que ella põe em jogo sobrepujem ou fação entrar nos limites naturaes as contracções involuntarias dos antagonistas, o que se obtem com os exercicios da gymnastica medica; a regularidade dos movimentos, o seu rythmo, a imitação nos exercicios em commum, são circumstancias que tendem a collocar os movimentos sob a dependencia da vontade e a supplantar a acção nervosa.

5.º GRUPO

MEDICAÇÃO DEBILITANTE

Tartaro emetico. — O tartaro stibiado é o representante da medicação debilitante dirigida contra a choréa. Como na hysteria os medicamentos os mais oppostos têm proporcionado nas mãos de differentes medicos o mesmo resultado — a cura —; assim é que ao lado da medicação reconstituinte, tão racional em uma molestia em que o enfraquecimento e a anemia são infalliveis, vemos figurar o tartaro, cuja acção hyposthenisante e deprimente é invocada.

O primeiro medico que tentou o emprego do emetico em França foi Laennec, conseguindo por este meio a cura em tres doentes, aos quaes deu o medicamento de modo a estabelecer a tolerancia; conseguia tal effeito unindo-o ao opio em uma infusão aromatica, espaçando as dóses e augmentando-as progressivamente até que os symptomas declinassem. O methodo de Laennec póde, pois, ser resumido assim: 1.º, administração quotidiana do emetico em dóses estacionarias, quando a melhora é rapidamente obtida; 2.º, administração do medicamento de modo a produzir a tolerancia e

evitar o mais possivel os vomitos e as dejecções alvinas, no caso contrario.

Breschet associava o emetico aos drasticos, razão porque as observações que cita não depõem muito em favor da efficacia do primeiro. Barbaud aconselhava tambem o methodo mixto—tartaro e purgativos. Bouley, em 1857, mostrou-se partidario do emetico em altas dóses, logo no começo, provocando antes do que evitando os vomitos e a diarrhéa, com o fim de modificar rapidamente o estado geral. No primeiro dia elle dava 0,50, e se a molestia não cedia, elevava a dóse a 1 gr. e mesmo a 1,5 em duas vezes com meia hora de intervallo. Sob influencia d'este tratamento aos vomitos e ás dejecções succedia uma prostração excessiva, não raras vezes acompanhada de syncopes e hypothermia. Por meio de tão energica medicação, Bouley poude em todos os seus doentes debellar rapidamente a affecção; as recahidas e outros accidentes imprevistos porém forão frequentes, o que nos prova que o tratamento perigoso e brutal d'esse medico tinha apenas effeito momentaneo.

O methodo mais moderno e o unico que hoje ainda póde ser tentado em alguns casos é o de Gilette, em que a cura total se compõe de muitas curas parciaes. As dóses são divididas em series, que na opinião do auctor têm por fim evitar o accumulo do emetico, o qual como a strychnina póde permanecer 2 ou 3 dias na economia, sem produzir phenomenos physiologicos, mas que depois, bruscamente, sem causa apparente, provoca vomitos, dejecções diarrheicas, collapso, etc.

Para obter a tolerancia Gilette não emprega o processo de Laennec, administra o tartaro em poção gommosa simples, mas por dóses fraccionadas durante as 24 horas; os choreicos, diz Bonfils, supportão tão bem o emetico dado por este modo, que em muitos a alimentação póde ser continuada. Eis em que consiste o methodo de Gilette:

No 1.º dia o doente toma 20 centigr.; no 2.º a dóse é duplicada e no 3.º triplicada; mantem-se na expectativa durante 3 dias. Se a molestia não declina e os symptomas persistem com a mesma violencia, passa-se a uma segunda serie semelhante á primeira, com

a dóse inicial não mais de 20 centigr., mas de 25 centigr., isto é, no 1.º dia d'este segundo periodo de tratamento a dóse deverá ser de 25, no 2.º de 50 e no 3.º de 75 centigr. Se depois de 3 a 5 dias de repouso a molestia ainda continúa, nova serie deve ser tentada, começando-se pela primeira dóse da segunda serie, augmentada de mais 5 centigr., duplicando-a no segundo dia e triplicando-a no terceiro (30 c., 60 c. e 90 c.) etc. Sob a influencia d'este tratamento os movimentos choreicos ou cessão completamente no segundo ou terceiro dia, o que é raro, ou a melhora segue marcha lenta e progressiva e só no fim de 20 a 30 dias a cura é obtida. Tal resultado não nos parece porém tão favoravel que justifique uma medicação tão perturbadora e debilitante, porque é fóra de duvida que o tratamento antimonial só offerece probabilidades de cura quando é instituido em altas dóses.

O tartaro emetico tem dupla acção; seus effeitos varião segundo as dóses: em pequena quantidade, os systemas nervoso e muscular são excitados, d'onde os vomitos, o augmento da tensão arterial, da excreção urinaria, a exaltação do poder excito-motor. Em dóses elevadas elle deprime o automatismo medullar e a acção muscular, d'onde a prostração, a diminuição e enfraquecimento das impulsões cardiacas, diminuição da tensão arterial e da uropoiese (Dujardin).

Ora, se este quadro assustador que acompanha as dóses Rasorianas não é seguido de cura rapida, não vemos no processo de Gilette grandes vantagens e nem podemos comparal-o á medicação pelos tonicos, pelo bromureto, pelo chloral ou pela electricidade. Quando muito será tentado se estes recursos forem improficuos.

As sangrias aconselhadas por Sydenham, os revulsivos intestinaes são ainda espoliativos que não têm indicação (Guersant).

A extensa serie de medicamentos que acabamos de enumerar encerra os principaes recursos a tentar no tratamento da choréa; mas, se quizessemos percorrer a lista de todas as substancias que têm sido

lembradas, se quizessemos fallar de todos os agentes therapeuticos que ao lado de alguns successos proporcionarão numerosas desillusões, teriamos de commentar quasi toda a therapeutica. Limitamo-nos a mencionar ainda os seguintes:

O nitrato de prata (Franklin, Powel); o chlorureto de calcio, empregado pelo Dr. Rodolfi na dóse de 50 centigr. a 1 gr. por dia; a veratrina (Baker); o sulphato de zinco (Magendie); a metallotherapia (Pouzol — Lyão med. 1880); o salycilato de sodio (W. Mitchell); os sáes de zinco-oxydo, lactato, sulphato, o valerianato (Barlow, Butlin, West); o nitrito de amyla (Zeigler); a valeriana, o castoreo (Neumeister), etc.

A cannabina ou haschichina, resina activa da cannabis indica, foi aconselhada por Michel (de Cavaillon) que propõe esta preparação:

Tinctura de haschich..................	2,0
Xarope.....................................	30,0
Agua..	120,0

Misture. Para tomar uma colhér de 5 em 5 horas.

Corrigan administrava a tinctura na dóse de 5 a 10 gottas 3 vezes durante o dia. Os resultados, podemos dizer, forão nullos, a cura só foi obtida depois de algumas semanas.

Este agente de excitação cerebral e das percepções sensoriaes, esta planta que envolve em atmosphera de illusões e volupia aquelles que a fumão, que arrebata-os para um mundo de fadas que não poupão sorrisos e seducções, esta substancia que concede aos povos do Oriente e da Africa os gozos de um paraizo prematuro, esse opio dos Indianos e Musulmanos não póde ser adoptado na therapeutica da choréa ([1]).

([1]) Das experiencias feitas por von Schroff, Fronmuller, Heinrich e Preobraschensky, resulta que os effeitos do haschich varião segundo a dóse, a preparação e a ordem de idéas que preoccupão os individuos: ora é o abatimento e a tendencia ao somno, acção semelhante á do chloral (0,5 a 1,0 do extracto alcoolico, von Schroff); ora a exaltação da imaginação e os sonhos de amor. Fronmuller tomando 15 grammas da preparação conhecida pelo nome de opiato de Madjum, exprime-se assim: « Pouco tempo depois não podia manter-me em pé, mas via e entendia o que se passava em torno de mim; minha imaginação fluctuava no céo e sobre as aguas; ora entretinha-me com os anjos, ora sentia-me transportado para os ares, ora, emfim, vagava sobre as ondas em companhia de nymphas que prodigalisavão seducções ».

Os vesicatorios ao longo do rachis, o sedenho applicado á nuca (Crawford), as incisões do couro cabelludo (Blakmore Southam) são meios completamente esquecidos e justamente abandonados.

Riquissima é, pois, a therapeutica da choréa e ainda que o genio morbido da molestia proteste contra a especificidade attribuida a este ou áquelle medicamento, parece que o medico só terá a difficuldade da escolha. Mas essa riqueza não é real. Dizer que 20 agentes therapeuticos podem ser tentados contra uma molestia, é significar que nenhum d'elles merece inteira confiança e tal é o que succede com a choréa; a substancia que para um medico mostrou-se heroica, para outro foi um recurso insignificante. Foi o que se passou em relação á eserina, a hyosciamina, a strychnina e ao emetico, alternativamente apregoados e depreciados.

O arsenico, o bromureto de potassio, o chloral e a gymnastica reunem ainda a adhesão de quasi todos; os banhos sulphurosos, a electricidade e as pulverisações de ether tem prerogativas menos acolhidas e successos mais contestaveis.

Sob o ponto de vista therapeutico devemos dividir a choréa em benigna e grave. A 1.ª será tratada pelos meios que menos abalão o organismo — a gymnastica, as pulverisações de ether, o bromureto de potassio ou o chloral; ou ainda poderemos usar de uma medicação mais simples — a hydrotherapia e os tonicos.

Quando a choréa fôr grave, a violencia dos movimentos impedir a alimentação e produzir escoriações numerosas, a therapeutica será mais energica; deveremos diminuir rapidamente a intensidade da molestia por meio do arsenico e do bromureto de potassio em altas dóses, ou do arsenico e do chloral. Se no fim de alguns dias nada tivermos conseguido, como ultimo recurso applicaremos o methodo de Gilette.

Quando a choréa se desenvolve em individuos lymphaticos, rheumaticos ou syphiliticos, o iodureto de potassio e os mercuriaes modificando as condições do organismo, combatendo o elemento diathesico, auxilião poderosamente o tratamento.

CHORÉA GRAVIDARUM

O periodo da gestação é algumas vezes interrompido pelo apparecimento de uma ataxia motora inteiramente semelhante aquella que caracterisa a dansa de S. Guido, *é a choréa gravidica.*

A choréa gravidica tem o mesmo aspecto clinico, os mesmos symptomas que a choréa vulgar, e se lhe fazemos uma descripção á parte é simplesmente por causa da sua etiologia especial e importancia prognostica.

Os symptomas são identicos; consistem em movimentos involuntarios, continuos e incoerciveis que agitão toda a musculatura da vida de relação, ou limitão-se a um lado do corpo.

A fórma unilateral é menos commum que a bilateral e se encontra na proporção de 20 %. O somno faz cessar a agitação motora; só nos casos em que a molestia se torna violenta a sua acção benefica deixa de manifestar-se, e em taes casos elle torna-se impossivel, ou é agitado por sonhos e pesadelos.

Assim como na choréa vulgar, na choréa gravidica a intensidade dos symptomas varía. Em algumas doentes a incoherencia é pouco pronunciada, as contracções musculares de pouca energia impedem apenas a quietação dos membros, principalmente superiores. Em outras o quadro symptomatico é assustador; J. Frank conta que uma mulher, choreica durante a infancia foi novamente acommettida do mesmo mal em sua 1.ª gestação e a choréa foi tão violenta que deu lugar á numerosas escharas. Na doente de Rhomberg o 1.º artelho ficou esphacelado; na de Inglebey a agitação foi tal que difficilmente podia ser contida no leito; na de

Wolf os movimentos convulsivos quasi impedirão a alimentação. As convulsões epilepticas e hystericas ás vezes complicão a ataxia choreica, Mosler, Rhomberg e Duncan citão algumas observações.

A choréa da prenhez apresenta certas particularidades que devemos notar:

As perturbações cerebraes não têm a mesma frequencia que na choréa da infancia. Hefft refere em uma observação o delirio e Lever em outra o enfraquecimento da memoria. Barnes em 17 casos, que terminarão pela morte, observou duas vezes a mania. Estes factos, porém, são raros.

A intensidade dos movimentos involuntarios em algumas doentes é exagerada pelos movimentos activos do féto, como Hand e Hecker verificarão; o tocar vaginal parece produzir o mesmo resultado.

As experiencias feitas com a electricidade, quer com o apparelho de inducção, quer com a corrente voltaica, provocão os mesmos effeitos que na choréa vulgar, isto é, abalos reflexos; a pelle ao longo da columna vertebral é mais sensivel á excitação electrica do que no estado normal.

O maximo de frequencia está comprehendido entre 17 a 24 annos, corresponde á época da 1.ª gestação. A primiparidade é uma condição favoravel, como se vê nas estatisticas de Mosler, Barnes e Fehling.

Este ultimo auctor em 68 observações, unicas que conseguio reunir (1875), dá esta proporção: primiparas 33, multiparas ou desconhecidas 35.

Dos 3 casos de Charpentier 2 pertencem a primiparas.

Outras vezes a mulher atravessa sem accidentes os 9 mezes da 1.ª prenhez e só na 2.ª manifesta-se a nevrose; os casos relativos á 3.ª ou á 4.ª são rarissimos.

Geralmente é durante os primeiros mezes que a choréa apparece, posto que até no ultimo e mesmo depois do parto tenha sido observada. Mosler em vinte e uma doentes encontrou 15 que apresentarão movimentos choreicos antes do 5.° mez. Barnes em 57 casos (1869) notou 30 nas mesmas condições.

Na etiologia da choréa gravidica devemos ainda ter em conta as emoções moraes, o rheumatismo, a existencia da nevrose durante a infancia, a chloro-anemia, cuja acção foi evidente na doente de Inglebey, em que a molestia declarou-se no 9.° mez, após duas sangrias praticadas com o fim de debellar uma cephalalgia rebelde.

Como devemos considerar a influencia pathogenica da gravidez? Não acreditamos que a prenhez por si só possa produzir a choréa, mas que constitue antes pelas modificações que acarreta no organismo, pela nutrição insufficiente a que sujeita o systema nervoso, uma predisposição, e que a intervenção de outros elementos etiologicos é indispensavel para a manifestação da desordem motora. Ainda mais em muitos casos a gestação parece apenas renovar a predisposição que durante a infancia já existia e se revelou pelo apparecimento da molestia; nas 33 doentes de Fehling, todas primiparas, 15 tiverão accessos anteriores de choréa. Os antecedentes choreicos tem pois grande valor etiologico.

Prognostico. — O prognostico na choréa gravidica é mais reservado do que na choréa vulgar e desfavoravel para a mãe e para o féto. Para o féto porque o aborto e o parto prematuro são consequencias muito frequentes, tanto mais quanto menos tardio é o seu apparecimento. Para a mãe porque a morte não constitue mais uma terminação eventual como na dansa de S. Guido. Das 57 doentes de Barnes 17 morrerão depois do delivramento; em 69 casos de Spiegelberg vinte vezes teve lugar a morte. Consultando os 31 casos reunidos por Jaccoud achamos 4 fataes, isto é 1 sobre 7, emquanto que na dansa de S. Guido, segundo Sée, a proporção da mortalidade é de 1 para 18 doentes. Emquanto que a interrupção da prenhez é mais commum na choréa dos primeiros mezes, a gravidade da molestia é maior quando ella se desenvolve durante os 4 ultimos mezes e nas multiparas.

A duração da choréa gravidica é geralmente a da gestação, os movimentos só diminuem depois da expulsão do féto; então a cura obtem-se gradualmente e ás vezes rapidamente.

Tratamento. — A medicação tonica é a mais proveitosa. Os

inglezes empregão de preferencia o carbonato de ferro para combater a chloro-anemia ; a mesma indicação póde ser preenchida pelos banhos sulphurosos. Os sedativos—o bromureto de potassio, o chloral são ainda recursos valiosos para attenuar a violencia da ataxia. O tartaro, o opio e o arsenico, tão util na choréa vulgar, são contra indicados.

Finalmente quando a choréa resiste a todos os meios de tratamento Spiegelberg aconselha o parto prematuro artificial e mesmo o aborto.

Choréa dos velhos

A choréa dos velhos constitue uma variedade da choréa vulgar. Os casos mais curiosos conhecidos até certo tempo erão os de Bourneville em uma mulher de 64 annos, o de Sée em um homem de 59 annos, 2 observados por Charcot aos 60 annos, 1 de Jeffreys tambem aos 60 annos. Coste refere o caso de um professor de anatomia que tornou-se choreico aos 60 e tantos annos. Sauvages, Powell, Maton, Graves citão observações de choréa aos 70 e 80 annos. Bouteille observou movimentos choreiformes em uma mulher de 80 annos e Bengeron em outra de 83. Hoje elles são numerosos e, segundo nos diz Charcot, frequentes na Salpetrière.

A choréa dos velhos tem o mesmo aspecto clinico que a choréa vulgar quanto ás perturbações da motilidade : os movimentos anormaes tem os mesmos caracteres — são involuntarios, irregulares, arythmicos ; cessão durante o somno e são exacerbados durante os movimentos intencionaes. A fórma geral ou dupla é mais frequente que a parcial ou unilateral. Ha porém algumas differenças entre a

choréa da velhice e a choréa vulgar, que se referem ao modo de invasão, á duração e ao estado mental.

1.ª A choréa dos velhos apparece sem precedencia de phenomenos prodromicos e em poucos dias attinge o seu maximo de intensidade; geralmente a causa determinante é uma emoção violenta.

2.ª Na choréa senil as perturbações intellectuaes ou faltão completamente ou são pouco pronunciadas, consistindo apenas em enfraquecimento das faculdades mentaes.

3.ª A choréa senil é geralmente uma molestia de longa duração, uma vez constituida é incuravel. Entretanto ha alguns casos de cura, mas então quasi sempre esta é obtida no fim de muitos annos. O prognostico pois sem ser grave é menos favoravel que na choréa ordinaria.

O diagnostico é facil — a incoherencia e instabilidade choreicas são caracteristicas e o que dissemos a este respeito sobre a choréa vulgar tem aqui applicação.

Choréa rythmica hysterica

As hystericas são sujeitas a perturbações da motilidade que pelas analogias que tem com os movimentos choreicos constituem uma nova especie de choréa — a choréa hysterica rythmica. Dizemos uma especie porque a semelhança não é completa, ha apenas analogia, e a denominação de rythmica que lhe cabe já faz prever uma differença saliente.

A choréa hysterica consiste em movimentos involuntarios continuos e de grande amplitude que se manifestão geralmente depois das crises convulsivas, nas mesmas condições em que appa-

recem as contracturas, as hyperalgias, as paralysias e as anasthesias, phenomenos que caracterisão a diathese hysterica. Ainda mais: parece existir verdadeira subordinação da choréa hysterica aos ataques convulsivos, pois que não só lhes succedem na maioria dos casos como, do mesmo modo são attenuadas e até momentaneamente suspensas pela compressão methodica dos ovarios. Em uma doente da clinica do professor Charcot e cuja observação vem publicada no *Progrès medical* (1878 — 9 fev.), a agitação choreiforme cessava sempre que se comprimia a região ovariana e emquanto esta durava era substituida por contractura, rigidez muscular.

O que porém constitue o distinctivo da choréa hysterica, é a regularidade, a systematisação dos movimentos. Estes como os da choréa vulgar são amplos, independentes da vontade, continuos durante a vigilia, porém não mais desordenados; ao contrario seguem sempre a mesma ordem, tem um rythmo constante, invariavel. A doente de Charcot é um exemplo curioso — os movimentos cadenciados alternativos de extensão e de flexão, occupavão não só os membros do lado direito como tambem obrigavão o tronco e a cabeça a uma mobilidade constante. Se a doente estava deitada o tronco flexionava sobre a bacia, e a cabeça inclinava-se sobre o peito; depois descrevião movimentos de extensão ao passo que nos membros direitos, que durante a 1.ª phase se tinhão collocado em extensão completa, a flexão tinha lugar; de sorte que a extensão da cabeça e do tronco coincidia com a flexão do antebraço sobre o braço e da perna sobre a coxa e vice-versa. Na phrase de Charcot « dir-se-hia a imagem de uma saudação profunda, ridicula pela repetição e exageração ». Taes saudações erão em n.º de 30 a 80 por minuto e só cessavão durante o somno, recomeçando sempre que a doente dispertava, apoz um curto periodo de rigidez muscular.

Na doente de Charcot a choréa era unilateral; outras vezes é a fórma dupla que se observa como em duas observações 1.ª e 2.ª de Trousseau. A 2.ª e a 3.ª são particularmente interessantes, porque n'aquella durante os actos voluntarios a agitação choreica

cessava; e n'esta porque havia um meio muito facil de collocar o apparelho muscular em estado de perfeita synergia funccional — era pedir á doente que executasse alguma musica ao piano. Ella que não podia servir-se dos membros para os diversos trabalhos manuaes, conseguia com a maior facilidade e correcção dedilhar fusas e semi-fusas, e isto durante horas inteiras.

Diversas denominações são dadas á choréa rythmica hysterica de accôrdo com os actos que os movimentos simulão. Assim na doente de Charcot temos um exemplo de choréa *malleatoria*, porque os movimentos lembravão aquelles que empregão os individuos que manejão o martello. Ha ainda as fórmas — natatoria, saltatoria, etc.

Quanto a tosse hysterica — tosse secca, quintosa, de timbre metallico, paroxistica, apresentando sempre os mesmos caracteres e o mesmo rythmo monotono — nenhuma razão ha para consideral-a como manifestação choreiforme.

Em resumo — o que caracterisa a choréa hysterica é o rythmo a que os movimentos continuos e involuntarios obedecem, o typo constante segundo o qual se reproduzem.

O prognostico e o tratamento são os dos outros symptomas nevropathicos da hysteria.

DAS HEMICHORÉAS SYMPTOMATICAS

> La notion de l'hémianesthesie est connexe de celle de l'hémichorée, car ces deux phénomènes presque toujours simultanément observés reconnaissent une origine presque identique et présentent des analogies évidentes.
>
> (RENDU e GOMBAULT.)

O estudo da hemichoréa como symptoma de lesões cerebraes é novo, data apenas de 1874, epoca em que Weir Mitchell de Philadelphia, analysando as observações recolhidas em sua clinica, tentou subordinar o estado choreiforme que succede a hemiplegia e principalmente ás paralysias da infancia, ás alterações materiaes da substancia cerebral; apezar de ter confundido a tremulação dos hemiplegicos com o movimento choreiforme cabe-lhe o merito da iniciativa n'esta nova questão de localisação pathologica. Bazin, Lebert, Casenave e outros observarão casos que pertencião evidentemente ao grupo que estudamos, mas, assimilando-os ás fórmas unilateraes da choréa vulgar, virão nas lesões que encontrarão provas contrarias á natureza nevrotica d'esta molestia. Travers, Rood e Aitken referem tambem alguns factos de choréa symptomatica; este ultimo notou diminuição de peso no corpo opto-striado, e o primeiro o amollecimento do cerebro. Tuckwell (1867) e Jackson (1872) citão as observações dos auctores precedentes attribuindo-as á choréa vulgar ou geral, fazendo-as valer em favor da theoria da embolia.

Foi Mitchell quem pela primeira vez descreveu a choréa post-paralytica dos adultos.

No curto espaço de 10 annos a hemichoréa post-hemiplegica

tornou-se um symptoma quasi de tanto valor e precisão em neuropathologia como a aphasia e a hemi-anesthesia, graças ás pesquizas de Lepine, Veyssière, Raymond e Charcot principalmente.

Dividiremos o assumpto em duas partes: trataremos da descripção symptomatica e do diagnostico e em seguida da localisação anatomica, insistindo sempre sobre a hemianesthesia cerebral, companheira quasi constante da hemichoréa symptomatica.

A causa mais commum da hemichoréa é a hemorrhagia cerebral. O estado choreiforme segue ou precede o estado paralytico e d'ahi as denominações de *himochoréa post-hemorrhagica* ou *post-paralytica* e de *hemichoréa præ-paralytica* ou *præ-hemorrhagica*. Ha outras lesões que podem determinar movimentos choreiformes unilateraes porém menos vezes que o ataque hemorrhagico, taes são os tumores e a atrophia cerebral.

São considerados excepcionaes os factos relativos á outras influencias pathologicas. Gubler observou no hospital de Beaujon um caso de hemichoréa dependente de intoxicação saturmina e que terminou pela cura. C. Handfiel ([1]) publicou outro de hemichoréa consecutiva a commoção cerebral. A observação referida por Bouchut é muito curiosa: uma creança de 11 annos tendo experimentado uma violenta queda apresentou no dia immediato hemiplegia, diplopia, movimentos choreicos no lado direito e anesthesia completa de todo o tegumento cutaneo. A medicação sulphurosa foi empregada e no 5.º dia a doente estava completamente curada, resultado que o proprio Bouchut attribuio mais a uma feliz coincidencia do que á medicação. Na observação publicada no *Centralbatt* (1871) a autopsia indica como causa dos movimentos choreiformes a sclerose do corno de Ammon. Na these de Veyssière vem citada a historia de uma menina que apresentou vomitos, embaraços na palavra, phenomenos da choréa e strabismo convergente do olho direito; pela autopsia se verificou

---

([1]) *British med. Journ.*, 1872.

a existencia de um abcesso occupando o lado direito da protuberancia. Em outra observação (*The Lancet*, 1871) os movimentos anormaes que se manifestarão nos membros inferiores e na mão direita erão devidos, como o mostrou a necropsia, a um tumor (glioma) do cerebello ou, como suppõe o auctor da publicação, á um glioma que comprimia o bulbo. Finalmente nós observamos no corrente anno movimentos involuntarios continuos e unilateraes em um individuo que apresentava os symptomas da epilepsia Jacksoniana; alguns dias depois graças á medicação empregada estes phenomenos desapparecerão.

Os casos em que a hemichoréa tem sido observada pertencem como dissemos quasi todos a hemorrhagias e aos amollecimentos cerebraes; os tumores e as atrophias vem em segundo lugar.

Hemichoréa post-paralytica ou post-hemorrhagica. — A hemichoréa post-hemorrhagica, longe do que se poderia pensar, não manifesta-se logo apoz o ictus hemorrhagico; phenomenos caracteristicos precedem o seu apparecimento, que é tardio e gradual.

Eis geralmente o que se observa: o individuo tem um ataque de apoplexia e quando volta a si vê-se na impossibilidade de mover os membros de um dos lados, tem todos os symptomas da hemiplegia vulgar e durante algum tempo conserva-os sem modificação alguma. Em seguida sobrevem contractura pouco pronunciada nos membros paralysados, que até então se achavão em estado de resolução completa; mas essa contractura desapparece gradualmente e a ella succede a flacidez primitiva. A mesmo tempo, geralmente 6 a 8 mezes depois da hemorrhagia, a paresia substitue o estado paralytico, isto é o doente começa a executar alguns movimentos. É então que a ataxia choreica se manifesta e se desenvolve rapidamente: os movimentos anormaes á principio pouco extensos adquirem em breve sua amplidão maxima e os caracteres da instabilidade e da incoherencia choreica.

Os movimentos choreiformes mostrão-se em todo o lado anteriormente paralysado ou simplesmente nos membros. Se o doente quer levar um copo d'agua á bocca, em vez de seguir a linha recta, oscilla com a mão em diversos sentidos, entorna frequentemente o

liquido, e só com difficuldade realisa o seu intento. Se procura collocar a mão sobre a cabeça, para o conseguir descreve trajectos sinuosos, leva-a ao pescoço, á face, etc.

A marcha torna-se impossivel ou difficil, não pelo facto da paresia, mas por causa das contracções asynergicas dos musculos do membro inferior; o pé projecta-se em diversas direcções, flexiona-se e estende-se sobre a perna, e esta sobre a côxa; o rotula é alternadamente levantado e abaixado. Se a face participa da desordem da motilidade, a physionomia apresenta o aspecto o mais bizarro, contrastando a immobilidade de um dos lados com a mobilidade do outro.

A agitação choreica persiste na ausencia dos actos voluntarios, mesmo durante o repouso; os esforços do doente para a moderar não fazem mais do que exageral-a. A vista nenhuma influencia exerce. Em summa, os symptomas da motilidade são os mesmos que os da hemichoréa vulgar ou nevrotica.

Existe, porém, um syndroma que as distingue, tão frequente na hemichoréa symptomatica, quanto é raro na choréa nevrotica; queremos fallar da hemianesthesia cerebral, assumpto que fornece dados os mais precisos sobre a natureza da hemichoréa que a acompanha. Tão significativa é a combinação destes dois phenomenos que poderemos dizer:

A coexistencia da hemichoréa e da hemianesthesia quasi sempre indica uma lesão cerebral, tem um valor diagnostico muito preciso. Dizemos quasi sempre porque, segundo Moynier, a abolição da sensibilidade em um dos lados póde-se encontrar na hemichoréa vulgar; entretanto as poucas observações citadas por este auctor, Grisole e Trousseau são as unicas a que alludem todos os outros que se referem á possibilidade de tal união.

Á vista da importancia que tem a hemianesthesia no estudo dahemichoréa julgamos dever insistir, posto que summariamente, sobre os phenomenos que d'ella dependem.

A hemianesthesia é geralmente anterior á hemichoréa. Ella apparece rapidamente ou ao contrario, gradualmente depois do ataque apopletico; conseguintemente precede de alguns mezes a

perturbação da motilidade, e quando esta manifesta-se a perda da sensibilidade é completa e absoluta, a anesthesia invade as partes superficiaes e profundas, a sensibilidade tactil e os sentidos especiaes, todas as suas modalidades emfim. A abolição da sensibilidade é quasi rigorosamente limitada ao ladoh emichoreico, só proximo á linha mediana, na zona correspondente ás anastomoses dos nervos dos dois lados, ella é incompleta.

A pelle póde ser comprimida, atravessada por uma agulha, o doente não sentirá; o contacto de um corpo quente tambem passará desapercebido; o sentido muscular é affectado e a anesthesia estende-se muitas vezes ás partes profundas.

As mucosas participão igualmente da insensibilidade unilateral; assim a conjunctiva, a mucosa nasal e pharyngiana, quando excitadas não daráõ mais lugar aos reflexos habituaes. Mas se a conjunctiva tem perdido a sensibilidade a córnea ainda a canserva, o que póde ser explicado (Magnan) pela innervacão differente d'essas partes.

Phenomenos mais interessantes se passão nos orgãos dos sentidos.

A audição e a gustação ficão abolidas; o contacto das substancias as mais sapidas não produz sensação alguma no lado da lingua correspondente ao da hemiplegia, e o tic-tac de um relogio não é percebido, ou o é confusamente, pelo ouvido do mesmo lado.

As perturbações sensoriaes não se limitão ainda aos sentidos bulbares, ellas affectão igualmente os sentidos superiores, segundo a denominação de Charcot, isto é, a olfação e a visão, o que constitue um facto importantissimo para o diagnostico da séde da lesão, como veremos mais adiante. As modificações para o lado da visão consistem em diminuição da força visual e estreitamento concentrico do campo. Ha tambem dyschromatopsia ou achromatopsia, e o estreitamento do campo das côres ainda é concentrico, isto é: o campo visual da côr azul será sempre o mais extenso, depois virá o do amarello, do alaranjado, etc., e o do violete será o primeiro a desapparecer.

A ambliopia que acompanha a hemianesthesia e da qual Landolt se occupou detalhadamente, levou Charcot a emittir uma

hypothese ousada, mas plausivel, sobre o trajecto intracraneano das raizes do nervo optico — a suppôr um duplo cruzamento parcial das bandelletas opticas, e não sómente a semi-decussação no chiasma. Com effeito, se a bandelleta optica direita, por exemplo, fornecesse, como querem alguns histologistas, fibras á metade externa do olho direito e á metade interna do olho esquerdo, é claro que a lesão que a interessasse em seu trajecto ou em sua origem, uma lesão unilateral em summa, deveria ser seguida de hemiopia. Ora, é exactamente o que não se encontra na hemianesthesia cerebral, devida á uma lesão da capsula interna: existe amblyopia mas não hemiopia, nem diplopia. A difficuldade está em precisar o lugar d'esta segunda semi-decussação, que Charcot presume atraz dos corpos geniculados, sobre um ponto indeterminado da linha mediana, talvez nos tuberculos quadrigemeos.

A hypothese de Charcot é engenhosa e explica facilmente a amblyopia na hemianesthesia, mas ainda não recebeu a demonstração anatomica, e a observação de Bastian é a unica que parece confirmar esta ideia da decussação completa das fibras opticas.

Taes são os symptomas da hemianesthesia cerebral que geralmente coexistem com os movimentos choreicos.

A hemiplegia incompleta (paresia) e as contracturas pouco pronunciadas dos membros superior e inferior completão o quadro clinico da hemichoréa post-paralytica. O doente póde executar alguns movimentos, sómente estes são perturbados pelas contracções incoerciveis.

As funcções organicas executão-se regularmente, e, pondo de parte uma certa depressão intellectual, a mentalidade não apresenta modificações notaveis.

Hemi-choréa præ-hemiplegica. — A hemi-choréa póde preceder o estado paralytico, ser um phenomeno precursor da hemiplegia. Depois do ataque apopletico o individuo volta a si e apresenta em um dos lados movimentos involuntarios, menos amplos que os da choréa vulgar ou da choréa post-paralytica, porém com os mesmos caracteres; elles persistem durante alguns dias, depois cessão e são substituidos pela hemiplegia.

Duas circumstancias tornão-se então possiveis: ou o doente morre no fim de algum tempo, ou gradualmente a paralysia desapparece e elle cura-se. N'essas condições, se novos ataques apopleticos teem lugar, novamente a hemi-choréa precederá a paralysia e assim muitas vezes successivamente.

Como na fórma post-hemorrhagica a hemianesthesia é frequente.

A hemi-choréa tem ainda sido observada em casos de atrophia e de tumores cerebraes. Desenvolve-se então lentamente no meio de outros symptomas dependentes da atrophia e da compressão desenvolvida pelo tumor. A hemianesthesia não é mencionada nas poucas observações que a scienca possue, o que prova que em taes casos a zona cerebral, onde se assestão as lezões que determinão abolição completa da sensibilidade em um dos lados, não foi comprimida pela neoplasia, ou que a compressão lenta e gradual não dá lugar aos mesmos accidentes que a lesão brusca, o amollecimento ou a hemorrhagia.

O diagnostico da hemichoréa é facil: o movimento choreico por seus caracteres distingue-se completamente dos tremores e não insistimos sobre este assumpto, porque já mostramos quaes as differenças (vê diagnostico da choréa vulgar). Faremos apenas excepção para a tremulação dos hemiplegicos e para a fórma hemiplegica da paralysia agitante, porque na primeira ha precedencia de ataque apopletico, facto que é um dos mais valiosos para o diagnostico da hemichoréa symptomatica; e na segunda os movimentos persistem durante o repouso.

A tremulação só apparece nos hemiplegicos algum tempo depois da hemorrhagia, isto é, pela mesma occasião em que a hemichoréa. A distincção se faz observando-se o doente durante o repouso, na ausencia de qualquer acto voluntario; se os membros não são agitados não se trata da hemichoréa. Os movimentos choreiformes persistem durante o repouso, ao passo que a tremulação só se apresenta quando o doente procura servir-se dos membros paresiados e contracturados.

Dissemos contracturados, porque é só quando já ha degenerescencia secundaria dos cordões lateraes que ella se manifesta.

Por dous modos póde-se provocar o tremor hemiplegico. 1.º Ordenando-se ao doente que colloque o braço sobre a cabeça ou que faça qualquer movimento: emquanto este se executa, o membro experimenta oscillações rapidas, pequenas, verticaes e rythmadas, que se accentuão cada vez mais á medida que o braço vai attingindo o lugar desejado. 2.º O outro meio consiste em provocar o phenomeno da mão ou do pé: o braço do hemiplegico na extensão, rapidamente colloca-se a mão em flexão forçada, ou melhor em extensão — a tremulação manifesta-se em todo o membro e continúa emquanto dura a posição forçada da mão.

Assim, pois, na tremulação hemiplegica os movimentos são provocados e tem a mesma direcção; na hemichoréa elles são espontaneos e se fazem em todos os sentidos.

Na paralysia agitante as oscillações involuntarias são continuas; o doente não as póde impedir pela quietação, como acontece na sclerose em placas, na sclerose dos cordões lateraes, na atrophia cerebral, etc., mas o tremor é regular, rythmico, e acompanhado de outros symptomas, cuja significação é bem precisa.

O diagnostico entre a hemichoréa symptomatica e a fórma unilateral da choréa vulgar já offerece mais difficuldade.

Os caracteres dos movimentos são os mesmos. Precisamos recorrer a outros symptomas, taes como: a hemianesthesia, que rarissima na choréa unilateral, é muito frequente na hemichoréa hemorrhagica; a idade do doente, porque a choréa symptomatica é a choréa do adulto e a choréa nevrotica é a choréa da infancia; a ausencia de antecedentes rheumaticos e de emoções, etc. Estes signaes, porém, tem apenas valor relativo, e em ultima analyse é o ataque apopletico, seguido de hemiplegia, contractura, e depois flaccidez e paresia, que vem destruir a incerteza.

A hemichoréa hemorrhagica tem prognostico desfavoravel, é incuravel, persiste durante toda a vida do hemiplegico. Quando é prœhemorrhagica tem significação mais desfavoravel, geralmente as hemorrhagias são mortaes.

Athetose e hemi-athetose

Dá-se o nome de *athetose* a certos movimentos geralmente limitados aos dedos e aos artelhos, movimentos não rythmados, de grande extensão, lentos, continuos e que se fazem em diversos sentidos. Em alguns casos não são sómente as partes que indicamos que se deslocão, todos os musculos da mão e do pé entrão em jogo e d'ahi posições viciosas, attitudes forçadas.

A face e o pescoço raramente participão da mobilidade anormal. Quando esta se limita a um lado, diz-se que ha *hemi-etathose.*

A athetose é um syndroma que póde manifestar-se em diversas circumstancias, e cuja significação pathogenica é ainda incerta. Oulmont refere 11 observações de atrophia cerebral acompanhada de movimentos choreiformes limitados aos dedos. Brousse publicou no *Montpelier med.* (1879) outras 4 que mostrão entre a atrophia cerebral e a athetose uma coincidencia tão frequente, que faz suppôr entre ellas relações estreitas de causalidade. Nos casos de Rosenbach, Leyden e Cruveilhier, a athetose fazia parte da symptomatologia do tabes dorsal.

Outras vezes a athetose é uma perturbação motora que apparece isoladamente, como nos doentes de Hammond (1.°), Lincoln e Gairdner (1.°), em que a autopsia não revelou lesão alguma, mas em alguns dos quaes havia antecedentes de nevrose ou de rheumatismo. Nestas condições, a athetose deve ser considerada como uma choréa parcial limitada ás mãos, não mais um symptoma, porém uma nevrose. E foi assim que a descreveu Hammond (*), o primeiro que a estudou (1871).

A athetose, diz o auctor americano, é uma affecção caracterisada por movimentos incessantes dos dedos e dos artelhos, que mudão seguidamente de posição; affecção devida a lesões do corpo opto-striado.

A opinião de Hammond, diante das observações hoje existentes, necessita de algumas modificações: a athetose em alguns casos,

(*) HAMMOND — *A treatise of deseases of the nervous system.* (1881).

raros, é uma nevrose, uma variedade da choréa, uma choréa parcial; em outros mais frequentes (e geralmente então reveste a fórma unilateral) é apenas um conjuncto de symptomas que se manifesta ao lado de outros não menos indicativos de lesões encephalicas, das quaes a hemorrhagia é a que mais vezes vem mencionada nas observações.

A hemi-athetose está, pois, para a hemi-choréa como a athetose está para a choréa, tal é a razão porque Charcot, Bernhadt e muitos neuro-pathologistas vêem nesse phenomeno apenas uma modalidade da hemi-choréa post-hemiplegica, opinião tanto mais razoavel quanto a hemianesthesia e a hemiplegia, companheiras quasi inseparaveis da hemi-choréa, existem frequentemente nos hemi-athetosicos.

A athetose, em summa, ou é symptomatica ou nevrotica: no primeiro caso é comparavel a hemi-choréa symptomatica e póde ser produzida por lesões diversas, taes como a atrophia cerebral, o tabes dorsal, a sclerose em placas (observação de Eulemburg), sendo porém a mais constante a hemorrhagia; constitue então apenas uma variedade da hemi-choréa post-hemorrhagica. O caso, cuja observação citamos (4.ª observ., clinica do Dr. M. de Azevedo), está n'estas condições — a hemi-athetose é symptomatica de uma hemorrhagia cerebral, é uma hemi-choréa post-hemorrhagica.

Séde das hemichoréas symptomaticas

A hemichoréa symptomatica indicará sempre a lesão de uma região determinada, a mesma em todos os casos?

O seu apparecimento em uma affecção cerebral poderá precisar a séde dos elementos nervosos compromettidos?

A hemichoréa em summa será um elemento seguro de localisação?

Eis o que vamos discutir com os dados que as necropsias, a clinica e a experimentação fornecem e que se não permittem conclusões absolutas precisão bem os termos em que a questão deve ser resolvida.

A hemichoréa é um phenomeno raro, em 100 hemiplegicos tomados ao acaso na Salpetrière, Raymond apenas encontrou 5 que apresentavão movimentos choreiformes.

A hemianesthesia cerebral é tambem rara nos hemiplegicos. No momento do choque apoplectico ha stupôr geral, isto é resolução geral e instabilidade absoluta; esta porém é pouco duradoura e devida a phenomenos complexos, á modificações especiaes dos elementos nervosos, á ausencia de percepção por parte do doente. A sensibilidade em pouco tempo se restabelece, posto que algum tanto obtusa, e só resta a hemiplegia. A perturbação sensitiva mais commum nos hemiplegicos é a anesthesia do sentido do lugar, como dizem os allemães *(ort sinn)*: praticando-se uma excitação em um ponto qualquer no lado paralysado, o doente accusal-a-ha, mas se lhe pedirmos que com a mão do lado são indique o lugar da excitação, elle apontará outro muito distante — o concavo epigastrico, por exemplo, em vez do ante-braço (Potain).

Ha entretanto alguns casos em que a perda da sensibilidade existe e constitue um facto importantissimo que indica a séde precisa do fóco hemorrhagico.

Ora, se a hemianesthesia e a hemichoréa, accidentes raros, quasi sempre existem conjunctamente, esta correlação prova que se não tem a mesma séde, uma deve comtudo ser localisada proximo da outra, para que a mesma lesão, o mesmo fóco de amollecimento ou de hemorrhagia possa determinal-as.

Conseguintemente se conhecemos o feixe nervoso que tem sob sua dependencia a hemianesthesia, devemos procurar nas visinhanças d'este a zona, cuja destruição ou irritação produz a hemichoréa.

A hemianesthesia cerebral tem hoje uma significação diagnos-

tica tão precisa como a aphasia: ella quer dizer lesão da parte posterior do pé da corôa de Reil. Tal foi a convicção que as autopsias de Türck, Hirsch, Broadbent, Vulpian (10) Lepine, Veyssiere, Rendu, Raymond e Charcot incutirão, que alguns auctores até insinuão a ideia de se attribuir a hemianesthesia hysterica, que tem todos os caracteres da hemianesthesia cerebral, a alterações materiaes do pé da corôa radiante, porém alterações tão pouco accentuadas que os actuaes meios de investigação não conseguem ainda verificar.

Na parte posterior da capsula interna está o feixe sensitivo descripto por Meynert e Huguenin, feixe directo que não contrahe relações com os ganglios centraes e que nos quadrumanos póde ser acompanhado até o lobo occipital, cujas funcções sensitivas são admittidas por muitos. Inferiormente elle se dirige para os cordões posteriores occupando em seu trajecto a parte externa do pedunculo e da protuberancia, como fazem suppor as experiencias tentadas pelo Dr. Couty. É no trajecto d'este feixe centripeto que se assesta a lesão que occasiona a hemianesthesia, a qual póde pois ser capsular, peduncular ou protuberancial. Mas a hemianesthesia que coexiste com a hemichoréa não é meso-cephalica porque o que a caracterisa é a abolição da sensibilidade da pelle e de todos os sentidos, tanto os superiores (visão e olfação) como os inferiores ou bulbares (audição e gustação), e isso se dará quando a parte posterior da capsula interna, no pé da corôa radiante, fôr comprimida, destruida ou irritada. Só ahi o feixe de Meynert recebe as raizes olfactivas (Meynert admitte a passagem das fibras olfactivas atravez da commissura anterior para o lobo spheinodal do lado opposto) e as expansões opticas vindas da camada optica, do tuberculo quadrigemeo anterior e do corpo geniculado externo.

É pois nas proximidades da corôa de Reil que a hemichoréa deve ser localisada, se é que ella tem uma séde constante. Vejamos o que dizem os factos.

Raymond reune em sua excellente these 10 observações de choréa hemiplegica e em todas as lesões, fócos de amollecimento

ou cicatrizes de hemorrhagias antigas, interessavão sempre a corôa de Reil, muitas vezes tambem a camada optica em sua parte posterior, e outras o nucleo extra-ventricular; em 3 o thalamus estava completamente normal, nenhuma alteração existia.

Em 35 observações de Vulpian, referentes a hemorrhagias e amollecimento da camada optica, só quatro vezes a hemiplegia foi acompanhada de hemichoréa, e em todas quatro Raymond declara cathegoricamente que a lesão comprometia tambem o pé da corôa de Reil em sua parte posterior.

É exacto que as autopsias feitas por Charcot, Raymond e Grasset demonstrão que proximo (para adiante e para fóra) ao feixe cuja lesão acarreta a hemianesthesia, existe outro cuja irritação, compressão ou destruição é acompanhada de hemichoréa. Estes auctores porém são muito absolutos, excluindo o pulvinar ou $^1/_3$ posterior da camada optica, porque se a localisação no pé da corôa de Reil é aceitavel quando a hemichoréa coexiste com a hemianesthesia, nos casos em que esta combinação não tem lugar ella será provavel, mas não certa.

A camada optica lesada póde na ausencia de qualquer lesão da capsula interna determinar a hemichoréa. Gowers é d'esta opinião e Nothnagel affirma que em alguns casos raros, mas bem verificados, a lesão occupava o thalamus optico sómente [1]. No caso de Laueinstein e em um de Gowers a lesão encontrada limitava-se exclusivamente á camada optica. Leyden, Assagioli, Bonvecchiato fallão de tumores (sarcoma, glioma) do thalamus optico, mas as suas observações tem pouco valor, porque a neoplasia podia tambem comprimir a capsula interna.

Nos casos de Ewald, Broadbent, May e Duckek os movimentos choreicos erão devidos á lesão da ponte de Varole. Finalmente na curiosissima observação de Landouzy a lesão occupava o nucleo lenticular; a capsula interna e o thalamus se achavão apenas um pouco deformados, provavelmente em consequencia da falta de apoio por parte do nucleo lenticular.

---

(1) NOTHNAGEL. *La diagnosi di sede nelle malattie cerebrali*, pg. 312.

Se pois a corôa de Reil é na maioria dos casos interessada não o é sempre.

Kahler e Pick (1879) dão uma explicação muito seductora dos phenomenos *post* ou *præ* hemiplegicos: hemichoréa, athetose, tremulação, contractura e a oscillação semelhante ao movimento do pendulo. Para Kalher e Pick todos estes phenomenos devem sua origem á irritação das fibras motoras do systema de projecção de 2.ª ordem de Meynert, isto é dos feixes brancos que se estendem dos nucleos striados até a medulla, em qualquer parte do seu trajecto — entre a camada optica e o nucleo lenticular, ou mais abaixo, na protuberancia por exemplo.

É de notar que estes auctoresq ue não participão das idéas de Gowers e Nothnagel, citão entretanto observações nas quaes vem mencionado que a lesão interessava principalmente a camada optica. Fazem Kalher e Pick o mesmo que Raymond — excluem a camada optica, mas confessão que geralmente ella se acha alterada. Se a esta confissão accrescentarmos que são conhecidos alguns casos nos quaes a necropsia mostrou que só o thalamus apresentava alterações, teremos provado que a séde da hemichoréa não é sempre o pé da corôa radiante de Reil, mas que a irritação ou a destruição da camada optica e da sua expansão, que vae á corôa radiante, tambem póde produzir a hemichoréa. O mesmo diremos das lesões situadas mais abaixo.

(Não nos referimos aos nucleos striados e a parte anterior da capsula interna, porque numerosos factos tem demonstrado que as lesões d'estas partes não provocão movimentos choreicos.)

Mas qual a razão porque neste ultimo caso o estado choreiforme apparece tão raramente? Responderemos como Nothnagel que a natureza do processo morbido influe sobre a genese dos phenomenos, que nos processos pathologicos de acção irritativa (tumor, amollecimento recente, hemorrhagia, tecido cicatricial, estado inflammatorio chronico) ha uma diversidade de stimulo, desconhecida em sua essencia, que corresponde a diversidade da fórma clinica symptomatica.

Na clinica do Snr. Dr. Martins Costa tivemos o anno passado occasião de autopsiar um individuo que tendo entrado para o hos-

pital com hemichoréa direita, falleceu em consequencia de uma molestia intercurrente (vê observação 2.ª); encontramos amollecimento do nucleo lenticular, da capsula interna e de parte da camada optica, isto é a lesão occupava grande extensão, não limitava-se a parte posterior da capsula interna, invadia os dois nucleos visinhos — o lenticular e o thalamus.

São exactamente as lesões occupando estas tres partes as mais communs nas autopsias dos auctores estrangeiros; raramente ellas limitão-se á corôa de Reil ou a camada optica e só na observação de Landouzy o nucleo lenticular se acha alterado com exclusão das outras partes.

Em conclusão — A hemichoréa, como symptoma isolado, não é um elemento seguro de localisação, mas geralmente tem sua séde na parte posterior da corôa de Reil ou da camada optica;

A hemichoréa acompanhada de hemianesthesia cerebral indica positivamente irritação, destruição ou compressão do pé da corôa de Reil, das fibras situadas adiante e para fóra do feixe sensitivo e que estão em relação com o pulvinar. É pois a hemianesthesia que dá á hemichoréa o seu valor diagnostico.

Deixamos para o fim as provas deduzidas da experimentação porque ellas são menos convincentes que os factos da observação clinica e o exame cadaverico. As experiencias pertencem a Raymond. Depois de ter perfurado o craneo ao nivel do angulo posterior da apophyse zygomatica, introduzia segundo a direcção conveniente um pequeno trochater quasi capillar em cujo interior havia uma delgada móla de relogio; depois de ter feito penetrar cerca de 2 centrimetros do instrumento na substancia cerebral, fechava o trochater e, impellindo a mola interior, destruia a porção posterior da capsula interna. Muitas das experiencias forão seguidas da morte do animal, mas em outras Raymond conseguio produzir movimentos choreiformes unilateraes. Destes animaes alguns forão sacrificados e a necropsia em seis, dos quaes quatro apresentarão hemianesthesia, mostrou que só estava seccionada a parte posterior da capsula interna e da camada optica.

Choréas electricas

Choréa electrica italiana. — O nome de choréa electrica é hoje applicado á uma molestia muito differente d'aquella que com este nome foi descripta por Dubini em 1846, e depois estudada por Devacchi, Talti, Rotondi, Sabini, Pignacca (1857) e Stefanini (1875). A choréa de Dulini nada appresenta de semelhante com a choréa vulgar, emquanto que a affecção que Bergeron denominou choréa electrica se não é uma variedade d'esta, é ao menos uma nevrose que tem com ella muitos pontos de contacto.

Descreveremos resumidamente os principaes caracteres da choréa de Dubini, mesmo porque todos os auctores que della se occupão a excluem do grupo das choréas.

Eis quaes são os seus symptomas segundo Dubini:

A molestia é caracterisada por abalos musculares bruscos semelhantes aos abalos electricos, que se succedem rapida ou lentamente, e que limitados a principio aos dedos ou a um só membro se estendem a todos os musculos de um lado do corpo; são muitas vezes precedidos de dôr cervical ou lombar, ou de cephalalgia. Além dos abalos ha verdadeiros accessos convulsivos que se repetem uma ou duas vezes durante o dia, elevação de temperatura e transpiração abundante. Passado o accesso febril e convulsivo os membros cahem gradualmente em estado de paresia, porém sempre agitados pelos abalos musculares que só cessão durante o somno. Nos casos violentos a aridez da cavidade buccal é extrema e torna a palavra difficil; as extremidades superiores ficão as vezes edemaciados e muito sensiveis, de modo que o menor contacto augmenta as contracções. A medida que a molestia progride as convulsões tornão-se mais frequentes, apparece o coma, a face torna-se livida, a respiração stertorosa, o pulso pequeno e insensivel, a salivação abundante, a lingua augmenta de volume e faz saliencia por entre os dentes. A intelligencia conserva-se lucida até os ultimos momentos.

A duração da molestia oscilla entre 2 e 5 mezes.

A etiologia desta affecção é muito obscura. Até certo tempo só tinha sido observada na Italia em lugares pantanosos, o que levou Stefanine a acreditar na acção do miasma palustre e a collocal-a no quadro nosographico do impaludismo. Weber, Behrend e Hærtel de Birkenfeld observarão na Allemanha alguns casos, mas estes forão os unicos, de modo que póde-se dizer que a molestia só tem sido encontrada na Italia.

Quanto a sua natureza e a lesão que a produz pouco se sabe. Para Hærtel a choréa de Dubini consiste em uma irritação congestiva da medulla que se termina por apoplexia spinal. Para Jaccoud é uma fórma do typho cerebro-spinal ou talvez uma meningite anormal. Na revista de sciencias medicas de 1876 vem transcriptas duas observações com autopsia, publicadas por Stefanine: na 1.ª a necropsia mostrou que os symptomas observados erão devidos a uma myelite limitada que produzia a irritação do spinal, e depois de todos os nervos cervicaes e dos outros pertencentes ao tronco; no 2.º casos, analogo ao primeiro, quanto á symptomatologia, nenhuma lesão importante foi encontrada nos centros nervosos.

A choréa de Dubini differe, pois, completamente da choréa vulgar. Na choréa electrica italiana os movimentos anormaes são interrompidos por crises tetaniformes e eclampticas, o que não tem lugar na choréa; a paralysia apparece constantemente no fim de alguns accessos, ha reacção febril, coma, etc., e nada d'isto se encontra na choréa.

Finalmente, emquanto que nesta a cura é a regra, na molestia de Dubini a morte é a terminação quasi constante.

Choréa electrica de Bergeron. — A choréa denominada electrica em França, estudada recentemente e pela primeira vez pelo Dr. Berland (1880), é affecção rara, mas que incontestavelmente merece mais a denominação de choréa do que a molestia de Dubini.

A choréa electrica é caracterisada por movimentos bruscos independentes da vontade, continuos e quasi sempre limitados á

cabeça ou aos membros superiores. A denominação de electrica lhe foi dada por Bergeron pela semelhança que apresentão estas contracções musculares rapidas com aquellas que se produzem sob a influencia das descargas electricas.

A etiologia é muito pouco conhecida, parece que as impressões moraes e o temperamento nervoso são as causas mais frequentes. A diathese rheumatica falta no maior numero de observações recolhidas por Berland.

Os symptomas são muito salientes e limitados á extremidade cephalica ou ao membro superior de um dos lados, indifferentemente o esquerdo ou o direito, ou de ambos. Em 6 observações reunidas pelo Snr. Guertin, 3 vezes as contracções erão bilateraes, uma vez sómente limitadas ao lado direito e duas ao esquerdo.

Em todos os casos os symptomas apparecem bruscamente com toda a sua intensidade. Geralmente só a cabeça é agitada: ella é levada rapidamente para diante e para traz, passando da flexão forçada a extensão extrema, como se os reophoros de uma pilha fossem applicados á região posterior do pescoço. Os abalos repetem-se muitas vezes por minutos e em alguns casos são quasi continuos. Quando os musculos da espadua tambem participão da instabilidade estas são dirigidas bruscamente para diante e para cima; se os abalos se manifestão igualmente nos musculos do antebraço ha flexão d'este sobre o braço, flexão dos dedos e rotação do membro para dentro. N'estas condições o doente não póde levar á bocca um copo com agua e offerece o mesmo espectaculo que o choreico : ora é a cabeça que vem chocar contra o vaso e derramar o liquido, ora são os movimentos bruscos da espadua ou do braço que impedem que o copo attinja os labios.

Quando as contracções repetem-se muitas vezes por minuto a alimentação é sériamente embaraçada.

Para o lado da intelligencia e da sensibilidade nada se nota de anormal.

Os abalos musculares da choréa electrica em uma das observações Berland complicavão os movimentos involuntarios da choréa vulgar, mas no meio da desordem motora podião ser perfeitamente reconhecidos.

Os pontos de semelhança que ha entre a choréa vulgar e a electrica são os seguintes: as impressões moraes são as causas occasionaes mais frequentes tanto em uma como em outra, as perturbações da motilidade exagerão-se em ambas sob a influencia da attenção do doente e durante os actos intencionaes; ellas cessão durante o somno; a cura é a terminação frequente.

Ellas differem:

1.º Pela etiologia — a diathese rheumatica não figura entre as condições pathogenicas da choréa electrica; 2.º pela symptomatologia — na choréa electrica os symptomas apparecem bruscamente e desde o começo com o seu maximo de intensidade, não ha periodo prodromico, a marcha é uniforme e não progressiva; 3.º pela duração — a choréa cede rapidamente sob a influencia de uma medicação apropriada, emquanto que a choréa vulgar tem longa duração e resiste muitas vezes ao mais energico tratamento; 4.º as perturbações da intelligencia, a mobilidade de caracter tão commum na choréa, faltão na molestia de Bergeron.

Tratamento. — De todos os medicamentos empregados o tartaro foi o mais efficaz. A administração de 5 centigrammos em uma só dóse foi sempre seguida de cura, e em 2 doentes esta teve lugar 2 horas depois, posto que o acido arsenioso tivesse sido tentado sem proveito. O emetico é, pois, um medicamento heroico contra esta nevrose; em todos os casos da clinica de Bergeron nem uma só vez falhou. Mas como actuará o tartaro n'estas circumstancias? Como hyposthenisante, ou apenas pelo abalo que os vomitos provocão?

Não o podemos dizer, mas é incontestavel o seu effeito rapido. Cadet de Gassincourt, em um doente conseguio os mesmos resultados com a electricidade.

Em summa o que caracterisa a choréa electrica é a rapidez dos abalos musculares, o curto intervallo que os separa e o facil desapparecimento sob a influencia do tartaro emetico.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE TOXICOLOGIA

Caracteres chimico-microscopicos do sangue.

I

O sangue examinado ao microscopio apresenta elementos figurados caracteristicos — globulos vermelhos e brancos.

II

Os globulos vermelhos (hematias de Gruithuisen), são corpusculos arredondados, discoides, biconcavos, desprovidos de nucleo. Tem de 0,007 a 0,008 m. m. de largura, e 0,001 a 0,0018 m. m. de espessura.

III

Os globulos brancos são sphericos e medem 0,01 a 0,012 de millimetro. O seu conteúdo granulado e transparente ás vezes encerra um nucleo, porém, geralmente vesiculas brilhantes que se tornão mais apparentes sob a influencia do acido acetico.

IV

A materia corante do sangue é soluvel n'agua. As manchas de sangue em contacto mais ou menos prolongado com a agua colorem o liquido em vermelho.

V

A solução aquosa de sangue não perde sua côr pela addicção de algumas gottas de ammonea. As outras soluções vermelhas mudão de côr.

VI

A solução de sangue submettida á acção do calor coagula-se, ou torna-se sómente opalina, conforme a quantidade de albumina que contém. O serum do sangue se turva a 70° e coagula-se á 73°; o liquido aquecido entre 70 e 80 gráos apresenta flócos cinzentos, insoluveis n'agua, que se precipitão a 100°.

VII

O acido nitrico, o acido metaphosphorico e a agua chlorada produzem flócos cinzentos na solução aquosa de sangue.

VIII

A addicção de potassa á solução sanguinea modifica a côr do liquido, que torna-se verde, visivel sobretudo por transparencia. Quando o liquido tem sido préviamente aquecido, uma solução fraca de potassa dissolve os coagulos formados; o liquido toma então a côr vermelha-escura ou verde, conforme é visto por refracção ou por reflexão.

IX

A solução de tungstato de sodio acidulada pelo acido acetico (reacção de Sonnenschein), precipita em vermelho a solução de sangue e o precipitado dissolvido pela ammonea dá um liquido dischroide verde e vermelho.

X

O acido hypochloroso não tem acção sobre as manchas de sangue, desde que esta não se prolongue por mais de 2 minutos. Quasi todas as outras materias corantes são destruidas por este reactivo.

XI

As manchas de sangue aquecidas com potassa dão lugar á desprendimento de ammonea.

XII

A mancha sanguinea tratada pela agua chlorada descora-se e fórma um coagulo; o liquido filtrado e depois submettido á

ebullição, precipita em azul pelo ferro-cyanureto de potassio ou pelo sulpho-cyanureto.

XIII

O spectroscopio e o microspectroscopio de Sorby fornecem signaes positivos sobre a presença do sangue em uma solução aquosa. A analyse spectral é um meio excellente para reconhecimento das manchas de sangue.

XIV

A hemoglobina tem propriedades spectroscopicas caracteristicas: duas listras de absorpção para a hemoglobina oxygenada, uma sómente para a hemoglobina reduzida e duas para a hemoglobina oxy-carbonada. As duas listras dà hemoglobina oxygenada ficão reduzidas á uma pela addicção de algumas gottas de sulphureto de ammoneo (risca de Stokes).

XV

Se o spectroscopio tem valor decisivo como signal affirmativo a reacção pela tinctura de guayaco tem igual valor como signal negativo.

XVI

As manchas de sangue tratadas pela tinctura de guayaco não mudão de côr; mas a addicção de algumas gottas de essencia de therebentina ozonisada (ou de ether ozonisado, ou de agua oxygenada) dá lugar á uma côr azul ou verde azulada. A mesma reacção póde ser feita com a solução aquosa de sangue.

XVII

As manchas de sangue tratadas convenientemente pelo chlorureto de sodio (solução fraca) e pelo acido acetico, apresentão crystaes caracteristicos de chlorhydrato de hematina visiveis no microscopio. A producção destes crystaes de hemina indica positivamente a presença do sangue.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Circulação cerebral.

I

A circulação arterial do cerebro é realisada pelas cerebraes — anterior, média e posterior, emanadas do polygono de Willis.

II

As cerebraes anterior e média formão o systema carotidiano ou anterior. A cerebral posterior, ramo do tronco basilar constitue o systema vertebral ou posterior.

III

A cerebral anterior irriga a face inferior do lobo frontal e a face interna dos hemispherios, a cerebral média ou sylviana o lobo parietal, e a cerebral posterior o lobo ocipital.

IV

As cerebraes fornecem dous systemas arteriaes : um que vascularisa a pia-mater, a camada cinzenta das circumvoluções e a substancia branca dos hemispherios ; outro destinado aos nucleos centraes.

V

O systema central não communica com o systema peripherico ; são completamente independentes.

VI

Ao nivel da insula de Reil a sylviana divide-se em cinco ramos destinados á circumvolução de Broca, á frontal ascendente, á parietal ascendente, ao lobo parietal e ás circumvoluções temporaes.

VII

Os ramos principaes da sylviana se dividem em dous ou tres (ramos secundarios) cada um dos quaes se subdividem em dous ou tres ramos (terciarios) e se terminão finalmente em um systema de arborisações.

VIII

Duas ordens de arterias penetrão na substancia cerebral — arterias corticaes e arterias medullares. As primeiras ramificão-se na zona cortical e são as terminações das arborisações. As segundas partem das arborisações e dos troncos arteriaes da pia-mater, atravessão a camada cinzenta e se distribuem no centro oval.

IX

As arterias medullares percorrendo a camada cinzenta lhe abandonão alguns ramusculos; na substancia branca formão anastomoses multiplas e redes capillares dirigidas no sentido dos feixes brancos.

X

Os tres grandes territorios vasculares do cerebro communicão-se por intermedio de vasos arteriaes que teem de $^1/_4$ de millimetro (Duret) á 1 millimetro (Heubner) de diametro.

XI

As arterias do systema central partem perpendicularmente das tres grandes arterias cerebraes nas proximidades do hexagono de Willis e não communicão entre si, são verdadeiras arterias terminaes.

XII

O curto trajecto das arterias dos ganglios centraes, o seu volume relativamente consideravel, a ausencia de anastomoses explicão a predominancia das rupturas vasculares n'estas regiões.

XIII

O $^1/_3$ anterior do nucleo caudado é geralmente vascularisado pela cerebral anterior. Os $^2/_3$ posteriores do mesmo nucleo, o lenticular, uma parte da camada optica e toda a capsula interna pertencem ao dominio da sylviana. A parte externa da camada optica, os tuberculos quadrigemeos e o andar superior do pedunculo são irrigados pela cerebral posterior.

XIV

As arterias striadas dividem-se em internas e externas. Estas formão dous grupos: um anterior — arterias lenticulo-striadas; outro posterior — lenticulo-opticas.

XV

Uma das arterias do grupo anterior, notavel pelo seu volume, atravessa o 3.° segmento do nucleo lenticular, penetra na parte anterior da capsula interna e vai ter ao nucleo caudado — é a arteria da hemorrhagia cerebral.

XVI

As lenticulo-opticas atravessão a capsula interna em seu $^1/_3$ posterior e distribuem-se na parte anterior e externa das camadas opticas.

XVII

As arterias da camada optica formão tres grupos: 1.° opticas internas, ramos da cerebral posterior e da communicante anterior; 2.° opticas ventriculares, ramos das choroidianas; 3.° opticas externas posteriores, vindas da cerebral posterior.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Chyluria.

I

A Chyluria é uma affecção endemica nos paizes quentes, determinada pela Filaria Wuchereria, e caracterisada pela emissão de urinas, ora brancas como leite, ora vermelhas como sangue.

II

O termo — Chyluria — é deficiente, porque exprime uma só phase da molestia; a presença do sangue é facto quasi sempre constante, por isso é-lhe preferivel o de — hemato-chyluria.

III

A chyluria é mais commum na edade adulta. As raças, os sexos, as profissões e as estações nenhuma influencia exercem como causas predisponentes.

IV

São os individuos de temperamento lymphatico e de constituição fraca os mais sujeitos á chyluria.

V

A causa determinante da chyluria é a — Filaria Wuchereria — por Wucherer descoberta, na Bahia, em 1866.

VI

A filaria de Wucherer é a larva de um nematoide, dez annos mais tarde, descoberto por Bancroft, na Australia, e denominado por Cobbold — Filaria Bancrofti.

VII

A transformação do embryão em filaria adulta foi estudada por Patrick Manson, em Amoy, no sangue sugado por uma certa qualidade de mosquitos.

VIII

A côr branca, que as urinas apresentão, é devida á presença de maior ou menor quantidade de materia graxa.

IX

A côr vermelha é devida á presença de sangue que, de mistura com a lympha, dá ás urinas diversos matizes, como de café com leite, etc.

X

A coagulação é um caracter importante das urinas chylosas, podendo effectuar-se, quer no interior da bexiga, quer nos vasos que as contêm.

XI

As autopsias praticadas por Mac-Connel, Lewis, Mackenzie e Havelburg revelão ser a chyluria devida a ruptura dos capillares lymphaticos dos orgãos urinarios.

XII

A chyluria tem marcha intermittente, irregular e caprichosa, e manifesta-se por ataques de duração indeterminada.

XIII

Ha quatro theorias principaes, que pretendem explicar a natureza e a pathogenia da chyluria: A da *hematose*, do chylo, da lymphorragia do apparelho uropoyetico e finalmente a helminthica.

XIV

No estado actual da sciencia, a theoria da hematose é insustentavel, por serem falsas as bases sobre que ella se acha edificada.

XV

A theoria do — chylo — é um erro, porque nas urinas não se encontra — chylo —, mas sim — lympha.

XVI

A theoria de Gubler é deficiente, não explica todos os casos de chyluria, principalmente aquelles que são constituidos quasi exclusivamente por verdadeira hematuria.

XVII

A unica theoria, verdadeiramente scientifica, é a — helminthica, que resolve todos os problemas capitaes da chyluria.

XVIII

O diagnostico é extremamente facil, nenhuma molestia se póde confundir com a chyluria.

XIX

O prognostico é favoravel. Não ha um só caso de terminação fatal, determinado sómente pela chyluria. Entretanto o chylurico é um campo predisposto ao desenvolvimento da tuberculose.

XX

O tratamento ainda não está assentado sobre base racional. Comtudo a mudança de clima, os cuidados hygienicos, os tonicos, principalmente os ferruginosos, são meios que dão algum resultado.

OBSERVAÇÕES

1.ª OBSERVAÇÃO

Clinica do Sñr. Conselheiro Torres Homem

Alfredo Augusto da Silveira Muniz, brazileiro, de 29 annos de idade, entrou para a enfermaria de Santa Isabel, no hospital de Misericordia, em 22 de Junho de 1884 e occupou o leito n.º 2.

Serviu no exercito como sargento e esteve em Corumbá onde foi accommettido de dysenteria e contrahiu affecções venereas, tratando-se em um hospital da mesma cidade. Seus progenitores são mortos e um delles (pai) falleceu de congestão cerebral. Não tem o habito das bebidas alcoolicas.

Em 1879, anno em que retirou-se do serviço militar, começou a ter ataques, em consequencia dos quaes cahia e entrava em convulsões taes que, segundo refere, 4 homens o não podião conter; passado o ataque voltava ao seu estado normal. Após um que durou mais que outros ficou hemiplegico, mas a hemiplegia foi passageira e pouco duradoura, alguns dias depois já o doente movia regularmente o braço e a perna do lado esquerdo.

No dia 12 de Julho teve novo ataque e em estado comatoso foi levado para a enfermaria do Dr. Barbosa Romeu (hospital da Misericordia) e d'esta transportado para a do Sñr. Conselheiro Torres Homem em 22 do mesmo mez.

Estado actual (22 de Junho). — O doente, satisfeito e sempre jovial, falla com facilidade e responde com clareza ás perguntas que lhe são dirigidas.

Examinando o estado da sensibilidade encontramos — he-

mianesthesia sensorial e tactil no lado esquerdo. O couro cabelludo, a face, o pescoço, o tronco e os membros não sentem nem o contacto do esthesiometro, nem o calor, nema dôr, mesmo atravessando-se a pelle com um alfinete; a conjunctiva e a mucosa bucco-pharyngiana não reagem e estão insensiveis. Ha amblyopia e dyschromatopsia; a olfação não existe no lado esquerdo, a approximação de um vidro de ether á narina esquerda não é percebida; o sentido da gustação não existe no mesmo lado da lingua; o ruido de um relogio só é ouvido quando este se acha applicado sobre o pavilhão da orelha. No lado direito a sensibilidade está normal.

Motilidade. — Hemi-paresia esquerda; o doente move com alguma difficuldade tanto o braço como a perna; a lingua posta fóra da cavidade buccal desvia-se ligeiramente para a esquerda.

Hemi-chorêa: os movimentos são amplos, involuntarios, continuos, e só cedem durante o somno; são mais pronunciados no braço do que na perna. Sempre que o doente procura levar á bocca um púcaro com agua entorna-a. Só pode caminhar com o auxilio de um bastão. Os musculos da face em certas occasiões participão da ataxia choreica. O reflexo rotuliano está exagerado no lado da hemi-chorêa. Não apresenta nem o phenomeno do pé, nem o da mão.

Estado psychico. — O doente é megalo-maniaco, espera receber heranças no valor de 300 contos, tem a presumpção de homem erudito e emprega linguagem escolhida e correcta.

Não ha enfraquecimento da memoria — elle discorre sem hesitação sobre as peripecias de sua vida e não se contradiz.

Nada de notavel para os apparelhos circulatorio, respiratorio, gastro-intestinal e urinario.

O doente diz ter cephalalgia nas regiões temporaes.

Dia 23. — Todos estes symptomas são por nós novamente verificados.

Dia 24. — Operou-se uma rapida mudança: a hemianesthesia já quasi não existe, a marcha é possivel se bem que com alguma

difficuldade e já as impressões sensoriaes são percebidas. Sómente queixa-se de um certo embaraço na visão, em ambos os olhos, mas que não sabe explicar. Os movimentos choreicos (hemi) são pouco pronunciados.

Dia 27. — Movimentos choreicos pouco accentuados.

Dia 30. — Hemi-choréa extincta.

Ddia 17 de Julho. — O doente retira-se sem hem-choréa, a hemi-paresia e a hemi-anesthesia.

Diagnostico. — Neoplasia syphilitica. Séde — lobo occipital.

Medicação. — 22 - 6. — Pilulas de Dupuytren — 1 á noite.

Dia 6. — Magnesia de Murray — 1 vidro — aos calices.

Dia 7. — Volta ás pilulas de Dupuytren mais Iodureto de potassio — 1,0 em infusão de genciana.

2.ª OBSERVAÇÃO

Enfermaria de clinica do Dr. Martins Costa

Amancio José Pereira, brazileiro, pardo, de 34 annos de idade, solteiro, trabalhador, de constituição regular, morador na Tijuca, entrou para o hospital no dia 3 de Maio de 1883 e occupou o leito n.º 1.

Anamnese. — O doente refere que ha mezes exercendo o seu officio de trabalhador na caixa d'agua da Tijuca, esfriou-se e pouco depois começou a notar um tremor muito forte no lado direito ; desde então a marcha tornou-se difficil e foi obrigado a abandonar o seu emprego. O tremor foi accentuando-se cada vez mais a ponto de impedir a quietação do membro superior.

Diz tambem que em fins do anno passado (Outubro) entrára para a 4.ª enfermaria de medicina porque era muito sujeito a vertigens que determinárão algumas vezes quedas. Accusa igualmente antecedentes rheumaticos, venereos, e faz uso frequente de bebidas alcoolicas.

Estado actual. — 4 de Maio.

O habito externo nada apresenta de notavel. O doente é um pouco magro, mas tem o systema muscular regularmente desenvolvido.

Apparelho digestivo. — As funcções digestivas operão-se bem e o appetite é bom, a lingua tem o colorido normal. O figado e o baço tem o volume normal, a pressão não produz dôr.

Apparelho respiratorio. — Normal.

Apparelho circulatorio. — Signaes de atheroma da aorta; pulso brusco, duro, 76 pulsações por minuto.

Sensibilidade. — A sensibilidade tactil está enfraquecida no lado direito; a experiencia feita com o compasso de Weber mostra que as duas pontas só são percebidas no lado direito mediante um affastamento dos ramos muito maior do que no lado opposto. Com o olho direito vê mal os objectos e segundo affirma é constantemente envolvidos em uma nevoa. Ha enfraquecimento, mas não abolição, da gustação no lado direito da lingua e da audição no ouvido do mesmo lado. No lado esquerdo a sensibilidade em todas as suas modalidades está normal.

Motilidade. — O braço direito apresenta movimentos irregulares e involuntarios. O doente não póde servir-se da mão direita para a alimentação, entorna constantemente o copo d'agua que se lhe entrega para levar aos labios. Os movimentos persistem durante o repouso e exagerão-se por occasião dos actos intencionaes, ou quando o doente é observado pelos estudantes. A perna e o pé do lado direito são igualmente agitados; a marcha é muito incerta, o doente cahe se não é auxiliado. Os musculos da face (lado direito) algumas vezes, nem sempre, contrahem-se irregularmente.

Estado psychico. — A mentalidade parece abatida. A memoria está enfraquecida e elle não póde narrar a historia da molestia que no anno anterior o trouxe ao hospital.

É muito receioso e frequentemente desgosta-se com os alumnos.

Temperatura. — Normal. Urinas normaes.

Tratamento. — Bromureto de potassio 2,0. Applicação de correntes continuas ao longo do rachis durante 5 minutos.

10 dias depois augmentou-se a dóse de bromureto e addicionou-se o iodureto.

Esta medicação é continuada durante 5 mezes sem proveito;

se em certos dias a intensidade dos movimentos era menor, pouco depois vinha uma exacerbação.

Este estado não se modificou até o dia 25 de Agosto.

25 de Agosto. — O doente, tendo passeiado no jardim do hospital, resfriou-se, sentio horripilações e foi obrigado a voltar para o leito.

Dia 27. — Anciedade, movimentos respiratorios curtos e rapidos, cephalalgia, reacção febril (39,2). Pela inspecção vê-se que no lado direito a respiração é sómente costal e que no lado opposto os movimentos respiratorios são mais energicos que no estado normal. Dôr viva, pungitiva, occupando o hypochondro direito, mais intensa no ponto designado por Guenau de Mussy — botão diaphragmatico. A pressão sobre o trajecto do nervo phrenico, entre as inserções inferiores do sterno-cleido mastoidêo, disperta no lado direito dôr mais forte que no esquerdo.

Pela escuta do thorax nota-se attrito pleuritico na base do pulmão direito.

Diagnostico. — Pleuriz diaphragmatico.

Alguns dias depois a escuta mostra a existencia de vasto derrame e o doente vem a fallecer em 20 de Setembro.

Sem mencionar os episodios da molestia intercurrente, diremos apenas que os movimentos choreicos persistirão até os ultimos dias.

Autopsia. — Eis o resultado da autopsia por nós praticada na presença do Snr. Dr. Martins Costa:

Cerebro. — Superficie cortical normal. No centro oval de Vieussens do lado esquerdo nota-se um pontilhado vermelho mais pronunciado que no lado opposto. A téla choroidéa, o plexus choroide e a parte anterior da camada optica normaes. O corpo striado examinado em toda a sua extensão por meio de secções horizontaes apresenta no lado esquerdo alterações que não existem no lado direito: ha amollecimento bem accentuado, o ganglio se despedaça á pressão muito facilmente, o que não se dá no do lado opposto. Amollecimento da parte posterior da capsula interna e da camada optica só no lado esquerdo.

Bulbo e medulla normaes.

Pulmão direito. — Derrame abundante, adherencias pleuriticas; tecido pulmonar esphacelado.

Figado. — Granuloso e muito augmentado.

Coração. — Gorduroso. Na aorta existem concreções calcareas numerosas e salientes.

3.ª OBSERVAÇÃO

Clinica do Dr. Moncorvo (Policlinica)

Gabriella, 10 annos, natural do Rio de Janeiro, residente á rua de D. Polucena n.º 20, apresentou-se no consultorio do Dr. Moncorvo em 22 de Março de 1884.

Diagnostico. — Choréa.

Historia da molestia. — Nasceu de 7 mezes. Foi amamentada por uma ama durante 4 mezes e depois alimentada com leite de vacca. Durante essa época nenhuma perturbação gastro-intestinal. Dentição aos 6 mezes e convulsões por occasião do rompimento dos primeiros dentes. Não ha nos antecedentes nem affecções eruptivas febris, nem rheumatismo, por mais benigno e fugaz que fosse.

Ha 4 annos começou a apresentar movimentos involuntarios e arythmicos no pescoço, braço e depois nas pernas, mais pronunciados no lado direito. A marcha tornou-se então difficultosa, a doente só caminhava apoiando-se sobre os moveis ou sustentada por alguem. A generalisação dos symptomas operou-se em 8 mezes e pouco depois (4 mezes) o caracter da doente começou a modificar-se: crises de irritabilidade e exaltação succedião á manifestações de receio e de submissão. O enfraquecimento muscular data da mesma época. No fim de algum tempo os phenomenos se attenuarão um pouco e durante 6 mezes a menina não foi submettida a tratamento algum. Em seguida foi entregue aos cuidados de diversos homœopathas por espaço de 7 mezes; resultado negativo. Depois foi medicada durante 4 mezes por um allopatha — melhoras pouco sensiveis. De então até agora não soffreu mais tratamento

algum, porém desde que interrompeu a ultima medicação a molestia tem-se aggravado progressivamente.

Estado actual. — 22 de Março.

Desenvolvimento retardado, pallidez dos tegumentos e das mucosas; ganglios da região cervical anterior engurgitados. A criança falla com extrema difficuldade e as pessoas que com ella convivem difficilmente a comprehendem. A marcha é oscillante e incerta.

Contracções irregulares dos musculos da face, sobretudo no lado direito, movimentos irregulares da lingua, movimentos involuntarios e continuos das espaduas, braços e mãos. Os membros inferiores igualmente participão da desordem motora que predomina no lado direito. Estes movimentos irregulares exácerbão-se durante os actos intencionaes e quando a doente se vê observada. Nos musculos do tronco ha tambem contracções menos frequentes que no braço.

Enfraquecimento muscular, principalmente no membro thoraxico direito. O dynamometro marca 10 na mão esquerda e 6 na direita onde o mais leve objecto não póde ser sustentado.

A sensibilidade dolorosa é conservada em toda a extensão dos membros thoraxicos e abdominaes. A sensibilidade tactil e thermica, idem. Sensibilidade electrica, idem, porém mais accentuada no lado direito. O reflexo tendinoso do joelho diminuido.

Bulha de sôpro diastolico com o maximo da intensidade ao nivel do 2.° espaço intercostal, junto ao bordo do sterno. Bulha systolica na ponta.

Tratamento. — Xarope de iodureto de ferro — para tomar uma colher de sôpa depois do almoço e outra depois do jantar.

Hydrato de chloral....... 1,0 para um clyster.

Tome um todas as noites.

5 de Abril. — A doente vai melhor. Os movimentos choreicos têm diminuido. O somno é mais calmo. Continúa a medicação.

14 de Abril. — Ao melhoras continuão. O somno é completamente calmo.

27 de Abril. — Os movimentos arythmicos muito pouco accentuados. A doente está bem nutrida e dorme bem. A força muscular vai augmentando. Continúa a medicação.

19 de Maio. — Os movimentos choreiformes estão quasi extinctos. A menina sustenta sem perturbar-se, isto é sem ter movimentos desordenados, o olhar de muitas pessoas que a observão na consulta e já supporta na mão direita objectos de algum peso. Dirige facilmente a cabeça e os membros, que obedecem com precisão ao impulso da vontade. Anda perfeitamente, corre com facilidade sem soffrer quédas, como outr'ora.

Os movimentos arythmicos da face e dos membros inferiores estão completamente extinctos. A menina costura, maneja com desembaraço a agulha, o que lhe era impossivel. Somno calmo. O caracter modificou-se — é docil, está sempre alegre e satisfeita. Desde que se acha em tratamento tem tomado 50 clysteres de hydrato de chloral no leite e clara de ôvo, sendo 1,0 de chloral para cada um.

Tratamento. — Continue, tomando porém 3 clysteres por semana.

2 de Junho. — Movimentos quasi imperceptiveis e muito espaçados. Dynamometro — mão direita 22, mão esquerda 22.

Até hoje tem tomado 58 clysteres de chloral. Continue com a medicação.

16 de Junho. — Dynamometro: mão direita 26, mão esquerda 27.

Ha tres para quatro dias a doente accusa dôres nas articulações do punho e matacarpo-phalangianas.

Apenas os musculos da espadua apresentão de vez em quando movimentos involuntarios. Estado geral muito melhor.

Tratamento. — Xarope de iodureto de ferro, 20 grammas.

Continue com os clysteres de chloral 3 vezes por semana.

15 de Julho. — Choréa extincta.

4.ª OBSERVAÇÃO

Clinica do Dr. Monteiro de Azevedo (Hospital do Carmo)

Antonio Francisco Dias de Souza, 43 annos de idade, portuguez, solteiro, negociante; entrou para o hospital do Carmo no dia 22 de Janeiro de 1884, para curar-se de uma hemiplegia direita.

Antecedentes hereditarios. — Nenhuns. *Antecedentes pessoaes* — cancro syphilitico e erupções cutaneas; diarrhéa.

Ha 1 anno, na occasião em que se levantava da cama, teve um ataque de cabeça, ficando paralysado do lado direito e aphasico.

Durante um anno antes do ataque foi constantemente incommodado por cephalalgia rebelde.

Ha um anno teve outro ataque de menor intensidade e que aggravou a hemi-paresia existente.

Estado actual — 23 de Janeiro.

Hemiplegia direita. Paralysia facial direita.

Movimentos involuntarios dos dedos da mão direita; movimentos continuos, lentos, de grande extensão obrigando os dedos a posições forçadas (movimentos athetosicos). Difficuldade na pronuncia das palavras. Contractura dos membros paralysados.

Sensibilidade geral e especial normal, igual em ambos os lados. Reflexos patellares exagerados.

Depois de longo tratamento (iodureto de potassio) o doente retira-se no dia 14 de Abril no mesmo estado em que entrou.

5.ª OBSERVAÇÃO

Clinica do Dr. Moncorvo (Policlinica)

Amelia, filha de Angelica, parda, 7 $^1/_2$ annos de idade, natural do Rio de Janeiro, residente á travessa de Souza Pinto n.º 1.

Data da 1.ª consulta: 24 de Maio de 1884.

Diagnostico. — Syphilis hereditaria. Rachitismo. *Choréa.*

Historia da molestia. — Tem 5 irmãos, dos quaes um (o 4.º)

falleceu de 6 mezes com uma bronchite e o outro (o 5.º) de uma molestia do figado. Sua mãi tratou-se no serviço do Dr. Silva Araujo de uma erupção no couro cabelludo.

Esta menina nasceu bem desenvolvida. A erupção dentaria começou na idade de 1 anno, época em que ella começou com difficuldade a ensaiar os primeiros passos.

Foi aleitada exclusivamente por sua mãe até a idade de 1 anno e 9 mezes.

Desde a idade de 7 mezes soffre de um defluxo asthmatico.

Com a idade de 3 annos teve uma erupção papulo-vesiculosa, generalisada por toda a superficie cutanea e couro cabelludo, e da qual resultaram crostas. Hoje existem por toda a pelle, principalmente na região sacro-lombar e membros inferiores, cicatrizes francamente nacaradas assignalando as crostas existentes. Com a idade de 4 annos mais ou menos reproduzio-se a mesma erupção. Aos 3 annos ella teve convulsões. Tem sempre periodicamente prurido pelo corpo do que resulta-lhe pelo *cossamento* crostas, de que actualmente existem alguns exemplos. Tem adenopathia cervical e sub-maxillar.

Alterações dentarias.

Arcada superior — incizivos medianos (permanentes) macro-odontismo e bordos rendilhados. Incizivos lateraes (não permanentes) destruidos com gateau de miel, principalmente o esquerdo, sendo que o direito indica alteração em hache. Canino esquerdo com gateau de miel e empediforme; canino direito com alteração em hache e tambem empediforme.

Arcada inferior — incizivos medianos (permanentes) com bordos rendilhados bem assim os lateraes (tambem permanentes). Canino esquerdo muito desenvolvido no sentido do comprimento francamente empediforme e com perdas ao nivel do collo no bordo interno; canino direito com as mesmas alterações menos pronunciadas.

Craneo natiforme, com depositos osteophyticos ao nivel da fontanella anterior.

Thorax com achatamento transversal e a pronuncia das articulações chondro-costaes.

Encurvamento dos tibias, concavidade para dentro.

Sempre foi uma creança muito timida, assustando-se ao menor grito ou ruido estranho. Anda pelas ruas com muito medo de carros, etc.

Ha 2 mezes esta menina foi acommettida de febre, cephalalgia e dôr hepatica. Tomou purgativos. *Dissipou-se a febre e ella começou a sentir dôres na articulação dos joelhos onde appareceram manchas roxas, nas pernas e nos braços.*

Desde essa época tornou-se mais timida e com genio irritavel.

No fim de um mez deixou de queixar-se das dôres.

Ha 15 dias ella tornou-se mais excitada, começou a ter movimentos muito desordenados nos membros superiores e na face. A menina que nunca fallou bem, agora falla ainda peior, dizendo sua mãe que algumas vezes começa a fallar e sente subitamente difficuldade, paralysando-se-lhe a lingua e sahindo a voz pelas aberturas nazaes.

Toma com muita difficuldade os objectos que lhe apresentam e mesmo os talheres na occasião das refeições.

Na occasião da consulta está muito agitada, tomando as vestes, querendo abotoar-se, etc., não está assentada um momento. Anda com impulsos desordenados. Ri-se ás perguntas maís simples. Procura logo tomar os objectos que para esse fim lhe apresentam, mas consegue-o com difficuldade e então agita-os bruscamente. Essas difficuldades e agitações são um pouco mais manifestas no braço esquerdo, de modo que ella procura auxiliar-se da mão direita. Mandando-a expôr a lingua, esta apresenta movimentos desordenados, torce-se para o lado direito e esquerdo.

Na face ha tambem movimentos desordenados, sendo mais compromettidos os musculos orbiculares das palpebras e dos labios. Move tambem a cabeça para os lados.

Sensibilidade electrica conservada quer para os membros superiores quer para os inferiores, porém menos no membro superior esquerdo. Sensibilidade thermica conservada. Impulsão cardiaca forte e bulha de sopro systolico na ponta do coração.

Contractilidade electrica perfeitamente conservada em todos

os musculos. Força igual a 18 do dynamometro em ambas as mãos.

Somno calmo.

Tratamento. — Agua 200 gr. Hydrato de chloral 10 gr. Para tomar 2 colheres das de sopa, com leite e gemma d'ovo em um clyster por dia.

Xarope de Gibert, 100 gr., 3 colheres das de chá por dia.

27 de Maio. — Mesmo estado.

29 de Maio. — Os movimentos choreicos são menos accentuados, principalmente os da lingua. Dorme bem e tranquillamente. Os traços de escripta são mais firmes.

31 de Maio. — Movimentos choreicos menos accentuados, sobretudo os da lingua que estão quasi extinctos. A creança está mais calma na occasião da consulta. Temp. axillar 40°,1. Teve hontem á noite accesso de febre e de tosse. Lingua saburrosa.

Sulfato de quinina, 2 gram. em 4 papeis. 1 de 3 em 3 horas. Poção com digitalis. Limonada sulfurica.

1 de Junho. — Continuou febril até á noite. Não teve tanta tosse, apenas tossiu pela manhã. Na occasião da consulta Temp. ax. 38°,2.

Sulfato de quinina 2 gr. em 4 papeis. 1 de 3 em 3 horas. Limonada sulfurica, 100 gr.

2 de Junho. — Temp. 38° Sulfato de quinina 2 gr. em 4 papeis. 1 de 3 em 3 horas.

3 de Junho. — Temp. 37°,8. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis. Continúa sempre com os clysteres.

4 de Junho.— Temp. 38°. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

5 de Junho. — Temp. 38°,4. Está muito melhor dos movimentos choreicos. Continúa com os clysteres de hydrato de chloral (2 colheres). Sulfato de quinina 1 gr.

6 de Junho. — Temp. 38°. Continúa melhor da choréa. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

7 de Junho. — Temp. 38°. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

9 de Junho. — Temp. 38°,2. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

10 de Junho. — Temp. 38°. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

11 de Junho. — Temp. 37°,9. Agua 100 gr. Bicarbonato de sodio 1 gr.

Sulfato de quinina 1 gram. em 4 papeis. 1 de 2 em 2 horas. Continúa com os clysteres.

13 de Junho. — Temp. 37°,9. Melhor da choréa. Já conserva a lingua immovel e falla melhor. Tem a mastigação mais facil. Ainda muito impressionavel, assustando-se á menor causa. Continúa com os clysteres e Xarope de Gibert (3 colheres por dia).

16 de Junho. — O dynamometro marca 20 em ambas as mãos.

18 de Junho. — Foi hontem acommettida de colicas e teve dejecções diarrheicas. Lingua saburrosa. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis.

19 de Junho. — Dynamometro, mão direita 24, esquerda 23. Força de membros superiores 5. Força do tronco de ambos os lados 9. Cessaram as colicas e a diarrhéa. Passou bem a noite, dormindo calma. Não teve febre. Temp. 38°,0.

Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis. Continúa com os clysteres e o Xarope de Gibert.

21 de Junho. — Excellente appetite. Não reappareceu a febre. Continúa com os clysteres e o Xarope de Gibert.

30 de Junho. — Temp. ax. 37°. Continúa a mesma medicação.

5 de Julho. — Apezar da febre que reappareceu vai melhorando constantemente da choréa. Phenomenos bronchiticos.—Temp. ax. 39°,2.

Tratamento: Ipeca. em pó 1 gram. em 6 papeis.

Sulfato de quinina 2 gr. em 2 papeis.

7 de Julho. — Temp. ax. 37°,5. Vomitou bastante sob a acção da ipecacuanha. Tem tido tosse e accessos febris á noite. Sulfato de quinina 1 gr. em 2 papeis; um 4 horas e outro 2 horas antes do accesso.

9 de Julho. — Estertores sibilantes generalisados em ambos os pulmões.

10 de Julho. — Não teve mais febre.

Agua............................ 120 grams.
Tint. lobelia inflata........... 4 »

Uma colher das de sopa de 2 em 2 horas. Continúa com os clysteres de chloral.

12 de Julho. — Estertores sibilantes quasi extinctos. Não tem tido accessos febris. As manifestações choreicas quasi extinctas. Continúa com os clysteres de chloral 3 vezes por semana.

Xarope de iodureto de ferro 100 grms. 2 colheres das de chá depois de cada refeição com uma gotta de tintura de iodo.

17 de Julho. — Tem tido accessos asthmaticos á noite. Estertores sibilantes em ambos os pulmões.

Agua 120 grammas, tintura de lobelia 4 gram.; 1 colher das de sopa de 2 em 2 horas.

21 de Julho. — Phenomenos asthmaticos inteiramente jugulados pelo emprego da lobelia. Da choréa não mais vestigio. A creança passa muito bem, alimenta-se igualmente bem.

Tintura de iodo e Xarope iod. ferro, e 3 clysteres de chloral por semana.

4 de Agosto. — Choréa extincta. — Xarope iod. ferro e tintura de iodo.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Febrim convulsioni supervenire melius est, quam convulsionem febri.

(Sec. 2.ª, Aph. 26.)

II

Quæ in morbo somnus laborem facit, lethale; quod si juvet somnus, minime lethale.

(Sec. 2.ª, Aph. 1.)

III

Sanguine multo effuso convulsio, aut singultus superveniens, malum.

(Sec. 5.ª, Aph. 3.)

IV

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sec. 2.ª, Aph. 2.)

V

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sec. 4.ª, Aph. 2.)

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare opportet.

(Sec. 7.ª, Aph. 38.)

Esta these está conforme aos Estatutos.

Rio 23 de Outubro de 1884

Dr. Caetano de Almeida.
Dr. Benicio de Abreu.
Dr. Oscar Bulhões.